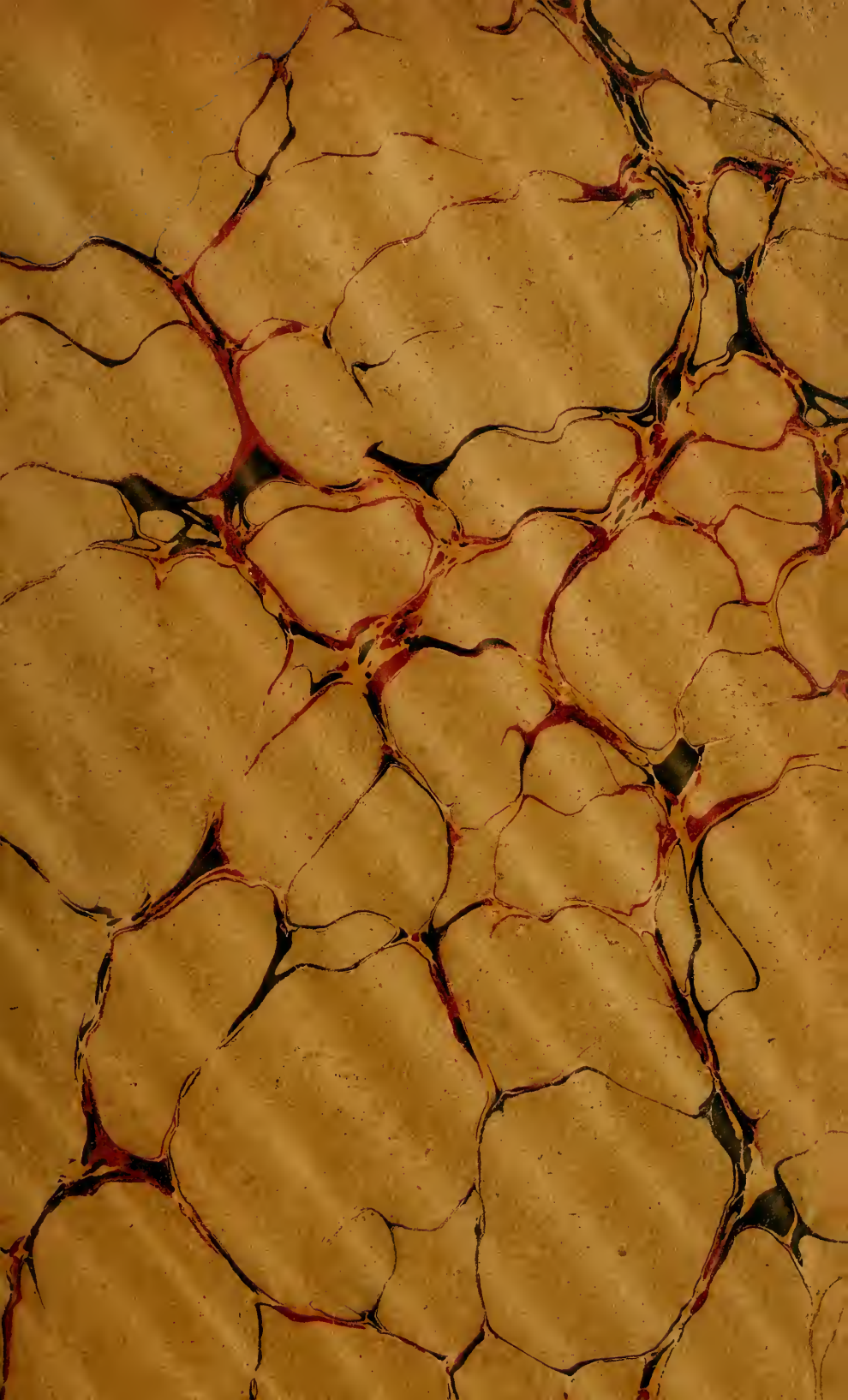
FROM THE FUND BEQUEATHED BY
ROBERT CHARLES BELLINGS 1819 1899
TO THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY
Nº 8 THE FENWAY



19. F62

FICKER

NÉVROSES

ET

PSYCHO-NÉVROSES

NÉVROSES

ET

PSYCHO-NÉVROSES

Considérations générales sur les Névroses
et les
Psycho-Névroses
La Neurasthénie syndrome
La Psychasthénie (Psycho-Névrose autonome)
L'Hystérie

PAR

F. RAYMOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Membre de l'Académie de Médecine

LEÇONS FAITES A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

PARIS

DELARUE

5, rue des Grands-Augustins, 5

1907

6616

BOSTON MEDICAL
DEC 16 1907
LIBRARY.

L'étude des Névroses *et des* Psycho-Névroses *a été l'objet, ces dernières années, tant en France qu'à l'Etranger, de nombreux et importants travaux. J'ai tenu à marquer le point précis où nous sommes parvenus, à l'heure actuelle, sur le terrain clinique, le seul qui n'expose pas à des mécomptes, parce qu'il est le seul solide et qu'il est indépendant de tout esprit de système, de toutes conceptions* à priori.

Je réunis ici en une petite brochure quelques leçons déjà parues dans divers recueils. Dans ma pensée, elles doivent servir, en quelque sorte, de préface à un volume que je compte publier sur ce sujet, en collaboration avec mon ami et ancien disciple le Dr Arnaud (de Vanves), dont la compétence toute spéciale a déjà singulièrement facilité ma tâche.

Prof. Raymond.

Juillet 1907.

NÉVROSES

ET

PSYCHO-NÉVROSES[1]

BOSTON MEDICAL
DEC 16 1907
LIBRARY

Messieurs,

La question des névroses, dont le domaine est intermédiaire entre celui de la Neurologie pure et celui de la Psychiatrie proprement dite, offre un vif intérêt. Au point de vue nosologique, elle soulève d'importants problèmes, les limites du groupe qui constitue ces états morbides et celles de chaque espèce qui le compose étant variables et difficiles à préciser. Au point de vue de la médecine pratique, elle ne mérite pas moins de fixer l'attention. Les névroses sont extrêmement fréquentes, leurs manifestations sont souvent trompeuses, et leur traitement, presque toujours long et difficile, ne peut être efficace que si le médecin traitant possède, avec des connaissances sérieuses, du tact, de la finesse, un certain doigté enfin, nécessaire pour le mettre en mesure d'agir utilement sur les malades.

Un dernier motif qui m'a incité à entreprendre la critique de cette question des névroses, est que ces maladies sont à la mode, qu'on a publié à leur sujet, depuis quelques années, de nombreux travaux, d'ailleurs de valeur inégale. Il m'a donc paru opportun d'intervenir dans le débat pour indiquer, le plus nettement possible, ce qui me paraît acquis et ce qui

(1) L'*Encéphale*, n° 1, janvier 1907.

reste discutable, ce qui me semble erroné et ce que je considère comme la vérité clinique, la seule, en définitive, qui soit durable, parce qu'elle est fondée sur des réalités indépendantes des systèmes, lesquels sont toujours artificiels.

Dans cette première étude, j'exposerai ma conception des névroses en général, de façon à bien faire comprendre, dès le début, la complexité du sujet et à mettre en relief les différents problèmes qu'il soulève.

***

Sous ce nom générique de névroses, on est convenu de désigner certaines affections du système nerveux sans lésions organiques appréciables par nos procédés actuels d'investigation. C'est l'Ecossais Cullen qui a, le premier, en 1776, employé le mot « névrose », qu'il substituait aux expressions « maladies nerveuses, vapeurs, affections vaporeuses », usitées avant lui. A l'absence de lésions connues, Cullen ajoutait, pour caractériser les névroses, l'absence de fièvre. D'autres auteurs ont fait intervenir encore, dans la définition de ces états morbides, la variabilité des symptômes et la longue durée de la maladie. Mais on n'a pas tardé à se rendre compte que ces précisions n'étaient pas toujours en conformité avec les faits, qu'elles compliquaient et embarrassaient une question qui déjà, par sa nature même, manque suffisamment de netteté, et l'on s'en tient ordinairement aujourd'hui à la définition très générale que je viens de donner, laquelle indique le caractère nécessaire et suffisant de la névrose, à savoir l'absence de lésions organiques.

C'est parce qu'on ne connaît pas de lésions à ces maladies qu'on les appelle encore *dynamiques* ou *fonctionnelles*, par opposition aux maladies nerveuses *organiques*, dont les lésions sont connues et décrites.

Je dois signaler tout de suite le danger qu'il y aurait à attribuer un sens absolu à ces diverses appellations. Les

névroses sont des maladies sans lésions *connues*, ce qui ne veut pas dire maladies *sans lésions*. Personne, je crois, à l'heure présente, ne songe à admettre la possibilité de troubles morbides complètement indépendants de toute modification organique. Un tel langage nous semblerait inintelligible, puisqu'il se ramènerait à cette affirmation qu'il peut exister des effets sans cause. Des altérations organiques, aujourd'hui encore insoupçonnées, nous apparaissent donc comme nécessaires dans les névroses, aussi bien que dans les affections nerveuses dites organiques. Les névroses sont des maladies à *lésions ignorées* plutôt que des maladies sans lésions.

Mais il est certain, au moins pour la plupart d'entre elles, que ces altérations diffèrent notablement des lésions anatomiques aujourd'hui connues et qui toutes (inflammatoires ou dégénératives) se ramènent à des destructions de tissus.

Elles peuvent être d'ordre *chimique*, intéressant les humeurs ou les éléments anatomiques, et plus ou moins analogues à certaines modifications que l'on commence à entrevoir (état trouble des cellules, différences de fixation des matières colorantes, etc.). Elles peuvent être simplement *physiques*. Il se produirait alors, dans l'organisme, quelque chose de comparable à ce qui se passe dans un barreau de fer doux aimanté : dans ce nouvel état, on ne connaît rien, absolument rien, qui distingue le barreau de fer de ce qu'il était avant l'aimantation, si ce n'est ses propriétés physiques toutes nouvelles.

Ce point de vue nous conduit à une conception plus large et plus compréhensive de la lésion organique. A l'idée de déformation ou de destruction des éléments figurés de nos tissus, à l'idée de lésion structurale, il est devenu nécessaire de joindre l'idée de modification biochimique ou simplement physique, si nous voulons être en état de concevoir, dans les diverses maladies, mais surtout dans les maladies du système nerveux, l'apparition de certains symptômes.

Quoi qu'il en soit de ce point de vue théorique, la clinique,

à laquelle, en définitive, il faut toujours revenir, nous permet d'entrevoir quelques-uns des caractères de ces lésions hypothétiques des névroses.

Elles sont *moins graves*, tout d'abord, que les lésions anatomiques actuellement connues ; elles compromettent d'une façon moins complète le fonctionnement des organes. En effet, les symptômes qu'elles commandent ne consistent pas en une abolition ou en un affaiblissement permanent et définitif des fonctions ; ce sont des perturbations plus ou moins sérieuses, un affaiblissement d'intensité et de durée variables, mais à peu près toujours transitoires. Il semble parfois que certains symptômes aient, dans les névroses, toute la gravité des symptômes analogues qui sont liés aux maladies organiques ; ce peut être le cas de certaines paralysies hystériques, par exemple, qui apparaissent aussi complètes que les paralysies par lésion cérébrale ou médullaire. Mais, dans les cas de ce genre, on peut, en recourant à l'hypnose, à la persuasion, ou même à la simple distraction, faire réapparaître les mouvements et démontrer ainsi que la paralysie n'est pas sous la dépendance d'une lésion irrémédiable.

Les lésions des névroses sont ensuite *moins fixes*, car un des caractères les mieux connus de leurs symptômes est précisément leur *grande variabilité*. Suivant les dispositions intérieures des malades, suivant les circonstances extérieures qui viennent les influencer, ces symptômes se modifient profondément dans leur aspect et dans leur intensité ; sous l'influence d'une émotion, d'un effort de volonté, ils peuvent même disparaître momentanément. Dans l'hystérie, type de la névrose par excellence, le médecin agit en quelque sorte à son gré sur les symptômes, pour les modifier, les faire disparaître et réapparaître brusquement, etc.

Enfin, ces altérations sont *moins tenaces* que les lésions organiques proprement dites ; elles peuvent disparaître, tandis que les lésions anatomiques ne guérissent jamais complètement. Dans les cas à bon droit considérés, au point

de vue pratique, au point de vue clinique, comme des guérisons d'une maladie organique, on retrouve toujours quelque reste de l'ancienne lésion, tant dans la fonction que dans l'organe ; un membre paralysé à la suite d'une hémorragie, d'un ramollissement, d'une compression prolongée, ne récupère jamais ni toute la force, ni toute la sûreté de ses mouvements, et l'examen des centres nerveux permettra toujours de reconnaître la trace de la lésion. Au contraire, les symptômes des névroses peuvent guérir, et ils guérissent le plus souvent, sans laisser de résidus appréciables soit par l'examen clinique, soit par l'anatomie pathologique.

***

Le nombre des affections qui constituent le groupe des névroses est très considérable ; elles se répartissent sur toutes les portions du système nerveux central et périphérique. Suivant leur siège, on les divise en névroses des nerfs, de la moelle et du cerveau. Suivant leur étendue, on distingue des névroses partielles et des névroses générales. Suivant les fonctions lésées, on décrit des névroses de la sensibilité, du mouvement, de l'intelligence, des névroses mixtes ou complexes, intéressant un nombre plus ou moins grand de fonctions nerveuses.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue toutes les névroses, il me faudrait consacrer beaucoup trop de temps à cette étude. Certaines, d'ailleurs, appartiennent de droit à un autre enseignement ; ce sont, parmi les névroses du cerveau, — et un certain nombre déjà ne sont plus de véritables névroses, c'est-à-dire comportent des lésions, — celles qui atteignent à peu près exclusivement les fonctions psychiques et forment le groupe des *vésanies* ou maladies mentales. Aussi, et bien que la délimitation en soit souvent fort malaisée, a-t-on depuis longtemps cessé de les décrire avec les névroses proprement dites, et c'est dans les ouvrages de psychiatrie qu'on doit les étudier : elles en constituent un des plus importants

chapitres. D'autres, les névroses partielles, dont la névralgie est le type, ne soulèvent pas, à cause de leur degré de simplicité, ces problèmes et ces controverses que je tiens précisément à évoquer ici. Mon objectif, dans cette série d'études que j'entreprends, sera donc l'examen des *névroses générales* ou *complexes,* encore appelées *grandes névroses,* au nombre desquelles figurent l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie, la neurasthénie, la chorée, la maladie de Parkinson, quelques autres encore, auxquelles il est devenu nécessaire d'ajouter celle que mon éminent collaborateur, M. P. Janet, a désignée du nom de psychasthénie. Nous aurons à examiner d'abord si toutes ces maladies peuvent être maintenues dans le cadre des névroses, et ensuite si elles doivent toutes conserver une individualité et une autonomie réelles

Même ainsi limité, notre sujet n'en aura pas moins une certaine ampleur et, je le crois, un vif intérêt.

***

Voyons d'abord quels sont les symptômes généraux des grandes névroses.

Ces symptômes sont extrêmement nombreux et complexes : troubles de la sensibilité, troubles du mouvement, troubles des sécrétions ; ils affectent, successivement ou simultanément, toutes les fonctions et tous les organes. Ils ne se limitent pas au domaine des nerfs périphériques, ni à celui de la moelle. Ils s'étendent des fonctions les plus obscures du sympathique jusqu'aux fonctions cérébrales les plus hautes, jusqu'aux fonctions psychiques. Si les modifications du caractère et du moral ont, de tout temps, été relevées parmi les symptômes des grandes névroses, ce n'est qu'à une époque relativement récente que l'attention des neurologistes et des aliénistes s'est attachée, d'une manière plus particulière, à l'étude approfondie de ces troubles psychiques : impressionnabilité, bizarreries de toutes sortes, faiblesse de l'attention et de la volonté, tendances hypocondriaques et mélanco-

liques, délires plus ou moins accusés, etc. De nombreux travaux, consacrés à l'état mental dans les différentes névroses, ont eu pour résultat de mettre en relief l'importance des perturbations du sentiment et de l'intelligence, et, aujourd'hui, on admet généralement que l'élément psychique joue, dans les grandes névroses, le rôle primordial. C'est par suite de cette manière de voir que le terme « psycho-névrose » tend, de plus en plus, à supplanter celui de névrose.

L'expression psycho-névrose est empruntée aux psychiatres, et principalement aux psychiatres allemands. Krafft-Ebing, par exemple, range dans les psycho-névroses la manie, la mélancolie, la stupidité et le délire hallucinatoire. Pour Schule, le groupe est infiniment plus étendu, puisqu'il renferme la mélancolie, la manie, les délires systématisés aigu et chronique, la démence aiguë, les folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, les psychoses périodiques, et enfin les troubles mentaux consécutifs aux diverses toxi-infections. Vous le voyez, le sens qu'avec de nombreux auteurs nous attribuons ici au mot psycho-névrose, est bien différent du sens qu'y attachent les aliénistes comme Krafft-Ebing et Schule. Pour ces derniers, les psycho-névroses se confondent avec les vésanies des aliénistes français ; elles appartiennent entièrement à la psychiatrie. Il est bien certain que la distinction entre les vésanies et les grandes névroses est souvent difficile, mais ce n'est pas une raison pour la supprimer, et nous pensons, quant à nous, que si les psycho-névroses se rapprochent par bien des points des vésanies, elles s'en distinguent par des caractères importants. Les symptômes psychiques y sont plus développés que dans les névroses simples ou partielles, mais ils y sont moins accentués et moins constants que dans les vésanies ; le délire, notamment, n'y est qu'un épisode accidentel et transitoire, alors qu'il est de règle dans les vésanies.

J'insiste sur ce double sens que l'on donne à un même

terme ; il est nécessaire d'en être averti pour éviter des erreurs fâcheuses. Dans ce double emploi, d'ailleurs regrettable, du mot psycho-névrose. nous trouvons une preuve nouvelle de la tendance, que je signalais il y a un instant, à se préoccuper de plus en plus des symptômes psychiques des névroses. Ce n'est pas là une simple modification verbale. L'emploi d'un terme nouveau répond à une conception nouvelle de la maladie, et cette conception, qui implique nettement la subordination des symptômes périphériques aux symptômes cérébraux, a de grosses conséquences pour la thérapeutique des états morbides dont il s'agit.

On sait aujourd'hui qu'au lieu de s'attaquer uniquement au symptôme, par des médications dont le plus clair résultat était d'éterniser le mal et, par là même, de l'aggraver, on sait qu'il est indispensable d'agir concurremment sur l'ensemble des fonctions nerveuses et, en particulier, sur les fonctions psychiques. Il faut démontrer au malade que son mal est fait, en grande partie, de l'attention exagérée qu'il lui prête ; qu'il peut, par des efforts de volonté, atténuer certaines manifestations morbides et rétablir progressivement dans leur état normal des fonctions que des habitudes vicieuses avaient profondément troublées. Il faut s'appliquer à lui rendre la confiance perdue, à relever son énergie, à faire de lui un véritable collaborateur pour son traitement, et l'on obtient ainsi des résultats précieux.

Comme il arrive toujours, cette méthode, inspirée d'idées justes et fécondes, a été faussée par l'esprit de système. A la psycho-névrose a répondu la *psychothérapie*. Sous ce vocable nouveau et imposant, on a préconisé des procédés vieux comme la médecine, que l'on présente comme une sorte de panacée, suffisante par elle-même et exclusive de toute médication proprement dite. En parlant du traitement général des psycho-névroses, je reviendrai sur cette question d'actualité, et je m'attacherai à montrer ce que l'on peut légitimement attendre de la psychothérapie, quelles sont ses limites, et

quelles sont aussi les ressources très réelles que nous offre la thérapeutique ordinaire.

Pour l'évolution des idées que je viens de retracer, relativement aux névroses, l'histoire de l'hystérie est particulièrement intéressante. Jusque dans le premier tiers du XIXe siècle, l'hystérie était rangée dans les névroses génitales de la femme, loin des névroses des fonctions cérébrales. Et ce n'est que récemment, depuis les travaux de Charcot, de Pitres, de Janet, depuis mes propres travaux et ceux de quelques autres, que l'hystérie a été considérée comme une affection surtout psychique. Il en a été de même pour les tics ; ils ne sont entrés franchement dans le domaine de la pathologie cérébrale que depuis peu de temps et grâce à Morel, à Magnan, à Charcot, à Pitres, à Brissaud, à Meige et Feindel, à Grasset, etc.

***

Jusqu'à présent, je n'ai parlé des névroses que d'une manière générale. Je dois maintenant rechercher quelles sont les affections que nous pouvons, dans l'état actuel de la science, faire entrer ou, plutôt, maintenir dans le cadre des névroses. Quelques mots d'historique auront encore ici leur utilité.

Autrefois, et sans qu'il soit nécessaire de remonter jusqu'à Hippocrate ou jusqu'à Galien, on donnait le nom de névroses à un très grand nombre de maladies, et cet état de choses fut maintenu aussi longtemps que l'anatomie pathologique n'exista pas ou demeura à l'état d'ébauche. Vers la fin du XVIIIe siècle, Cullen rangeait parmi les névroses les affections les plus disparates, et il en admettait une quantité prodigieuse. Pinel qui a, comme il le dit lui-même, considérablement réduit le nombre des névroses de Cullen, énumère encore sous ce titre, dans sa *Nosographie philosophique*, en 1807, une foule d'états pathologiques dont certains ne sont même pas de nature nerveuse et dont la plupart sont, ou bien descendus au rang de simples symptômes, ou bien classés dans les maladies orga-

niques, à lésions connues. Pinel n'avait encore rien changé à sa classification des névroses en 1819. C'est ainsi que, dans son article « Névroses » du *Dictionnaire des Sciences médicales,* publié à cette date, il place la surdité, la diplopie, l'amaurose, dans les névroses des sens ; — la paralysie dans les névroses de la locomotion ; — le pyrosis, le vomissement, la colique, la colique de plomb et l'ileus. dans les névroses de la digestion ; — l'hystérie dans les névroses génitales de la femme, etc. Mais s'il exclut l'hystérie des névroses des fonctions cérébrales, par contre Pinel y fait entrer l'hydrophobie, ce qui peut paraître au moins singulier. Parmi les autres névroses générales ou complexes, les seules qui nous occupent ici, Pinel classe la catalepsie, l'épilepsie, l'hypocondrie et le somnambulisme dans les névroses des fonctions cérébrales ; le tétanos et la danse de Saint-Guy dans les névroses de la locomotion.

Après Pinel, et pendant un assez long temps, la question des névroses reste à peu près dans le *statu quo,* et le *Traité pratique des maladies nerveuses* de Sandras, publié en 1851, ne réalise pas un progrès sensible. C'est bien des névroses que traite Sandras, puisqu'il « entend, dit-il, par maladies nerveuses, toutes celles dans lesquelles les fonctions du système nerveux sont altérées, sans que, dans l'état actuel de nos connaissances, on y puisse reconnaître, pour cause première, une altération matérielle, locale, nécessaire des organes ». Si quelques-unes des névroses, indûment acceptées par Pinel, ont disparu de l'ouvrage de Sandras, nous y retrouvons toujours les vomissements, la diplopie, l'amaurose, la surdité nerveuse, les convulsions, les contractures, etc. Parmi les maladies qui correspondent aux névroses complexes ou générales, Sandras admet l'état nerveux, l'analogue de notre neurasthénie ; puis les affections intermittentes périodiques, y compris la fièvre intermittente ; l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, le tétanos, l'hydrophobie, les hallucinations, le somnambulisme, la léthargie, la catalepsie, la mélancolie, la nostalgie,

l'hypocondrie, le délire, mais seulement le délire passager « des passions », des intoxications, de la fièvre ; enfin la chorée. Comme on le voit, la question n'est ni simplifiée, ni éclaircie. Sandras y apporte même quelques éléments nouveaux de confusion, et ce n'est pas sans surprise qu'on le voit ranger dans le groupe des névroses une paralysie générale progressive, qui ne différerait de celle qu'avaient décrite Bayle et Calmeil que par l'absence de troubles psychiques.

Quelques années après l'ouvrage de Sandras, en 1863, paraît dans le tome IV des *Eléments de Pathologie médicale* de Requin, le remarquable travail d'Axenfeld sur les névroses. Ici, le terrain est enfin largement déblayé ; les simples symptômes, considérés à tort comme des névroses, ont disparu, et le nombre des névroses complexes est notablement réduit. Axenfeld n'en admet que six : l'état nerveux, la chorée, l'éclampsie, l'épilepsie, la catalepsie et l'hystérie. L'hypocondrie perd son individualité, pour être rattachée en partie à l'état nerveux, en partie aux vésanies. Quant à l'ataxie locomotrice, que Duchenne lui-même et d'autres auteurs, notamment Trousseau, considéraient alors comme une névrose, Axenfeld, adoptant les idées de Romberg, de Charcot et de Vulpian, déclare que « cette question ne touche pas ou ne touche que très partiellement à l'histoire des névroses proprement dites ».

Depuis Axenfeld, la délimitation du groupe des névroses n'a guère varié, sauf par l'adjonction de maladies qui n'étaient pas encore découvertes en 1863 ou qui ont été mieux étudiées depuis, telles que la paralysie agitante, le goitre exophtalmique et la neurasthénie. C'est ainsi que, dans l'article *Névroses* du *Dictionnaire de Dechambre*, en 1878, Brochin reconnaît comme névroses générales ou grandes névroses, l'hystérie, la catalepsie, l'épilepsie, l'éclampsie, la chorée, la paralysie agitante et l'hypocondrie. Dans la quatrième édition de son *Traité des maladies du système nerveux*, paru en 1894, Grasset décrit comme névrose le goitre exophtalmique, la

neurasthénie (englobant l'hypocondrie), la catalepsie, la paralysie agitante, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie.

Depuis quelques années, ainsi que je vous le rappelais tout à l'heure, M. Pierre Janet a groupé un certain nombre d'états nerveux jusqu'alors décrits séparément ; il leur a attribué une pathologie commune, et il a donné à cette synthèse le nom de « psychasthénie ». Cette névrose nouvelle est, à mon avis, solidement fondée sur des faits cliniques et psychologiques ; j'ai présenté à mes leçons du mardi de nombreux malades atteints de cette forme de névrose, et j'ai publié, en collaboration avec M. Janet, un volume sur la psychasthénie. J'y reviendrai ultérieurement.

***

De ces brèves indications historiques se dégage ce fait que le groupe des névroses va se réduisant de plus en plus, la suppression de certaines des unités qui le composent l'emportant sur les adjonctions récentes. Et cela était inévitable, puisque les névroses sont essentiellement constituées d'après un caractère *négatif*, à savoir l'*absence* ou, plutôt, l'*ignorance* de lésions auxquelles on puisse rattacher les symptômes. Ce groupe de maladies est donc, presque par définition, fatalement provisoire, une technique plus perfectionnée pouvant toujours nous révéler des altérations jusqu'alors insoupçonnées. Le cas s'est présenté plusieurs fois déjà, en particulier pour l'ataxie locomotrice, d'abord considérée comme une névrose et devenue aujourd'hui le type même de la maladie nerveuse organique et à lésions progressives ; de même pour le tétanos, la tétanie, l'hydrophobie, qui sont des manifestations nerveuses de maladies infectieuses ou toxiques, etc. Il n'y a pas à douter que la même chose se reproduise pour certaines de nos névroses actuelles. Et je vais plus loin ; je pense que nous pouvons, dès maintenant, éliminer du groupe quelques maladies encore classées parmi les névroses. Nous pouvons les éliminer, d'abord en vertu des renseignements,

bien qu'ils soient partiels et incomplets, que nous fournit sur elles l'anatomie pathologique ; nous pouvons les éliminer ensuite au nom de la clinique, parce qu'elles offrent les caractères précis des maladies à lésions. Leurs lésions restent inconnues encore, cela est vrai, mais nous pouvons, en quelque sorte, les deviner et affirmer qu'on les connaîtra dans un avenir peu éloigné.

Ces maladies, qu'il me semble possible et même désirable de séparer désormais des psycho-névroses, sont le *goitre exophthalmique*, l'*épilepsie*, la *paralysie agitante*, la *chorée*. Voici, en quelques mots, les motifs sur lesquels j'appuie cette manière de voir.

En ce qui concerne le goitre exophthalmique, si nous connaissons incomplètement les altérations de toute nature qui lui donnent naissance, nous en connaissons au moins certaines, celles du corps thyroïde, et l'expérimentation s'accorde avec la clinique pour nous montrer leur influence pathogénique. De plus, on a décrit, dans cette affection, des lésions bulbaires, et on connaît les rapports qu'elle présente avec le tabes. Nous ignorons, il est vrai, les différents processus qui relient les symptômes nerveux aux altérations de la glande thyroïde ; nous ignorons aussi quelles sont les lésions caractéristiques des centres nerveux ; il n'en reste pas moins que le goitre exophthalmique ne saurait être considéré comme une maladie sans lésions, comme une affection *sine materia*, d'autant que ses symptômes sont beaucoup plus fixes, beaucoup mieux réglés, dans leur déterminisme, que ceux des véritables névroses, et que leur évolution est beaucoup moins influencée par les variations de l'état mental.

Pour l'épilepsie, peut-être sommes-nous moins avancés encore. Et cependant je ne crois pas qu'il existe aujourd'hui beaucoup de médecins admettant l'existence d'une épilepsie sans lésions, d'une épilepsie purement fonctionnelle ou essentielle. On a depuis longtemps distingué, et on distingue encore, dans les traités didactiques, les épilepsies

symptomatiques et l'épilepsie *essentielle*. Mais le domaine des premières est allé s'accroissant de plus en plus, restreignant d'autant le domaine de la seconde, de telle sorte qu'on n'est jamais bien sûr, en présence d'un épileptique, d'avoir éliminé, même par l'examen le plus rigoureux, toutes les causes, toutes les conditions matérielles capables de déterminer l'accès épileptique. En outre, si l'on n'a pas encore reconnu la véritable lésion de l'épilepsie, du moins sait-on qu'il existe des altérations dans le système nerveux et dans le sang des épileptiques, et on a le sentiment très net que l'on ne tardera pas à pouvoir relier toutes les épilepsies à des modifications matérielles précises. Enfin, en interrogeant la clinique, nous ne pouvons pas ne pas être frappés de ce fait évident, à savoir que par l'ensemble de ses symptômes et de son évolution l'épilepsie s'éloigne du type de la psycho-névrose et se rapproche, au contraire, des maladies à lésions. Pour les symptômes, nous n'observons ni la variabilité, ni la multiplicité caractéristiques des névroses. Qu'elle affecte l'expression symptomatique du petit mal ou du grand mal comitial, l'épilepsie est une affection monotone, dont les accidents se répétent, dans leur apparition, dans leur forme, dans leur durée, avec une telle fidélité que, chez un malade donné, on peut les prévoir et les décrire d'avance. Pour l'évolution, elle est, dans l'immense majorité des cas, progressive ; le plus grand nombre des épileptiques aboutissent à une démence profonde et ils meurent, sans atteindre à la vieillesse, des suites directes de leur maladie. Aussi, et sans attendre que le dernier mot soit dit sur la question des lésions organiques de l'épilepsie, me semble-t-il tout à fait contraire à l'esprit d'une bonne classification de maintenir cette maladie dans le groupe des psycho-névroses.

Je dirai la même chose de la paralysie agitante ou maladie de Parkinson. On ne lui connaît pas de lésions certaines ; celles qui ont été décrites par divers auteurs, soit dans les centres nerveux, soit dans les muscles, sont discutées, à ce

point que la question se pose encore de savoir si cette affection est une névropathie ou une myopathie, si même elle est une maladie autonome ou un simple syndrome. Mais les allures et la marche de la paralysie agitante sont en faveur de l'existence de lésions organiques ; les symptômes en sont peu variables et l'évolution en est essentiellement progressive ; elle ne trouve donc pas sa place légitime dans le cadre des psycho-névroses.

La chorée, considérée par les auteurs comme une névrose, aura probablement perdu bientôt ses droits à cette dénomination. On a plusieurs fois déjà relevé des altérations manifestes dans les centres nerveux de choréiques, bien que les autopsies soient assez rares, car on ne meurt guère de chorée. En outre, il existe des chorées symptomatiques de lésions cérébrales connues et une chorée chronique, à marche progressive, qui s'accompagne fréquemment d'un état démentiel plus ou moins profond. Enfin, certains symptômes d'une extrême gravité, capables d'entraîner la mort en peu de jours, apparaissent parfois dans la chorée ; ils sont analogues au délire aigu, et on les considère habituellement comme des complications accidentelles. Mais ces symptômes pourraient bien être aussi sous la dépendance de la cause qui produit les mouvements choréiques, de telle sorte que l'on aurait la possibilité de concevoir la chorée, non pas du tout comme une maladie sans lésions, mais comme une maladie infectieuse, à déterminations nerveuses, ordinairement peu grave, capable cependant de le devenir, en raison d'une activité plus grande de l'agent morbide et aussi, vraisemblablement, en raison de localisations particulières. Enfin, ici encore, la clinique ne nous montre pas le polymorphisme habituel aux psycho-névroses, non plus que leur longue durée.

Pratiquement, dans le langage médical, lorsqu'il est question de psycho-névroses, on n'a guère en vue ni le goitre exophthalmique, ni l'épilepsie, ni la paralysie agitante, ni la chorée. En les éliminant, nous n'avons fait que circonscrire le

problème. Les difficultés sont plus grandes quand nous arrivons aux dernières névroses complexes, ou psycho-névroses, admises par les auteurs et qui sont l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie et la psychasthénie. Eh bien ! je pense que notre droit d'élimination n'est pas encore épuisé et que, pour des raisons différentes de celles que j'ai fait valoir tout à l'heure, nous devons l'étendre à l'hypocondrie et à la neurasthénie, de sorte qu'en définitive, nous n'admettrions plus, comme psycho-névroses légitimes, que l'hystérie et la psychasthénie.

Examinons tout d'abord les motifs pour lesquels l'*hypocondrie* nous paraît devoir être séparée des psycho-névroses.

Suivant les époques et suivant les auteurs, l'hypocondrie a été considérée tantôt comme une maladie autonome et distincte, tantôt comme un syndrome. Sa délimitation d'avec l'état nerveux, d'avec la neurasthénie ou la mélancolie est très difficile, les symptômes hypocondriaques se retrouvant à un degré variable dans ces divers états pathologiques. Sans entrer dans la discussion de sa nature et de ses symptômes, constatons que l'on admet généralement deux variétés d'hypocondrie : l'hypocondrie *symptomatique* ou *cum materia*, qui ne serait que l'exagération de sensations morbides réelles, et l'hypocondrie *essentielle* ou *sine materia*, laquelle ne pourrait être rattachée à aucune altération organique véritable. Mais cette distinction n'a qu'une importance relative. Dans les deux cas, ce qui constitue l'hypocondrie, c'est l'état mental du sujet. Accuser, même en les exagérant, des sensations morbides réelles, en souffrir et s'en plaindre jusqu'à l'indiscrétion, ne suffit pas à constituer la maladie hypocondriaque. Celle-ci n'existe vraiment que si le malade déduit de ses sensations des conséquences qu'elles ne sauraient comporter, s'il les exprime en termes déraisonnables et s'il se livre, sous leur influence, à des actes également déraisonnables. Le malade atteint d'un cancer de l'intestin et qui croit et qui affirme qu'un animal est logé dans son ventre et

le ronge, ce malade est un véritable hypocondriaque. Mais ce malade délire. Parce que le prétexte ou l'occasion de son délire est un fait réel, il n'en délire pas moins. C'est un vésanique, faisant un délire d'interprétation, et il a sa place marquée dans les cadres de la psychiatrie. L'hypocondriaque non malade organiquement — s'il en existe — et qui se croit atteint de toutes sortes de maladies, est encore plus nettement délirant : c'est un *nosomane*, qui fait un délire plus ou moins systématisé à propos d'une affection irréelle, comme d'autres malades font un délire plus ou moins systématisé à propos d'une prétendue persécution ou d'une culpabilité imaginaire. L'un et l'autre de ces hypocondriaques sont des aliénés, et ils ne doivent pas être rangés parmi les malades de névrose.

La question de la neurasthénie est plus délicate. Cet état morbide, connu de tout temps sous les appellations d'état nerveux, de nervosisme, d'épuisement nerveux, d'irritation spinale, de faiblesse irritable, etc., a été décrit systématiquement, à notre époque, par l'Américain Beard, par Charcot, et par beaucoup d'autres auteurs dont les travaux sont bien connus. Il se caractérise essentiellement, *au point de vue somatique*, par une diminution générale de la tension nerveuse, par une disposition marquée à la fatigue rendant tout effort pénible ou même impossible, par des douleurs céphaliques et rachidiennes, par de l'insomnie, par des troubles digestifs variés et, souvent, par un affaiblissement notable des fonctions génésiques ; — *au point de vue psychique*, par une faiblesse de l'attention qui empêche tout travail cérébral soutenu, par une susceptibilité de l'humeur et une irritabilité excessives, par des appréhensions anxieuses plus ou moins définies, par des préoccupations analogues à celles des hypocondriaques, enfin par un sentiment d'impuissance et d'insécurité quelquefois assez pénible pour engendrer le dégoût de la vie et l'idée du suicide. Mais on n'a pas limité la neurasthénie à cet ensemble symptomatique déjà riche.

Insensiblement, graduellement, on a étendu son domaine à l'hypocondrie, qu'elle a presque entièrement absorbée ; aux formes atténuées de la mélancolie, aux états obsédants et anxieux, aux idées fixes de toute nature, aux tics, aux impulsions, à toutes les formes d'aboulie, à la paranoia rudimentaire des auteurs allemands et italiens, sans oublier la plupart des anomalies du caractère et de l'émotivité, si bien que la neurasthénie a pu être appelée par Tanzi « le géant de la neuropathologie ».

Malheureusement, ce géant n'est pas seulement démesuré, il est informe. Les parties qui le composent sont tellement disparates qu'elles ne peuvent constituer un véritable organisme. On n'arrive pas à établir une espèce morbide autonome et distincte en juxtaposant une infinité de symptômes qui diffèrent les uns des autres par leurs causes, par leur pathogénie et par leur évolution, dont les uns sont congénitaux ou remontent au jeune âge (comme l'aboulie, les scrupules, les tendances obsédantes, etc.) et dont les autres n'apparaissent qu'à l'âge adulte et sous l'action des causes les plus diverses (comme l'asthénie neuro-musculaire, l'inquiétude, l'irritabilité, etc.), dont les uns sont curables, et dont les autres, s'ils peuvent être améliorés, ne guérissent jamais entièrement. L'étiologie, à elle seule, fournit à notre thèse des arguments démonstratifs. Souvent, la neurasthénie semble indépendante de toute lésion organique antérieure ; c'est le cas lorsqu'elle est consécutive, par exemple, à la fatigue, à des préoccupations pénibles prolongées, à un choc moral ou traumatique. Elle rentre alors dans la définition des névroses. Assez fréquemment aussi on l'observe à la suite de toxi-infections aiguës ou chroniques ; et cela déjà nous fait quitter le domaine des maladies sans lésions. Mais il n'est pas rare, tant s'en faut, de la voir survenir au début de certaines affections organiques très graves, à lésions profondes et progressives, telles que le tabes et la paralysie générale. Que deviennent, dans les cas de ce genre, et la notion de la

neurasthénie-névrose, et la doctrine de la neurasthénie, maladie spéciale et distincte ?

En réalité, on est arrivé à faire de la neurasthénie un assemblage de tous les états nerveux mal définis, de signification incertaine et qu'on ne sait comment cataloguer. Il existe des états *neurasthéniques*, dus aux causes les plus différentes, un *type neurasthénique*, un syndrome, traduisant la souffrance générale du système nerveux, son instabilité, son irritabilité, et qui se retrouve dans un grand nombre de maladies, mais il n'y a pas, à mon avis, de maladie nettement circonscrite que l'on puisse dénommer neurasthénie. Je dirais volontiers qu'il y a des *neurasthénies* comme il y a des *dyspepsies*, sans attacher au premier de ces mots une signification doctrinale plus grande qu'au second. Mais si, comme je le pense, la neurasthénie actuelle ne constitue pas une espèce morbide légitime, une psycho-névrose autonome, les symptômes qu'on lui attribue indûment n'en sont pas moins des réalités. Si peu justifié que soit leur groupement sous une commune rubrique, si différente que puisse être leur signification, ils existent cliniquement, et il est nécessaire de rechercher un classement qui puisse leur convenir. Il me semble que l'on pourrait trouver ce classement en revenant quelque peu en arrière, en retranchant de la neurasthénie ces adjonctions successives qui l'ont, peu à peu, transformée en un « géant » démesuré et difforme, en réservant enfin l'appellation de neurasthénie, excellente dans son sens primitif, à l'ensemble des symptômes qui constituent ses formes simples, acquises et presque toujours curables. C'était là, ou à peu près, la conception clinique de Charcot, admirablement schématisée par lui dans ce qu'il appelait l'état neurasthénique vrai et qu'il opposait à la neurasthénie à forme héréditaire (celle-ci, je pense vous le démontrer, est tout autre chose qu'un état neurasthénique). — Oui, je crois qu'il serait sage de ne pas trop s'écarter des idées du grand clinicien. La neurasthénie simple ou acquise que décrivait

Charcot, avec les stigmates précis qu'il lui assignait, était vraiment une *asthénie nerveuse*, dont tous les symptômes trouvaient leur explication pathogénique dans la fatigue, dans l'épuisement nerveux, quelle qu'en fût la cause. La plupart des symptômes dont on l'a surchargée, et avec lesquels on a créé la dernière variété, ne relèvent plus de la même pathogénie. La fatigue seule ne suffit pas à créer l'aboulie systématisée, les sentiments d'incomplétude de Janet, les états obsédants durables, les idées fixes, les tics systématisés, etc. Il y faut autre chose d'antérieur et de plus profond.

En résumé, nous sommes conduits à dissocier les symptômes nombreux et disparates que l'on a eu le tort de confondre sous la rubrique « neurasthénie » et à les répartir en deux groupes, dont l'existence est pleinement justifiée par la clinique et par l'étiologie.

Le premier groupe comprend surtout les signes physiques de la « faiblesse irritable » et de la dépression générale du système nerveux. Du côté psychique, on n'y rencontre guère que des symptômes simples, généraux, élémentaires, qui traduisent cette même dépression nerveuse considérée dans les fonctions cérébrales et qui peuvent être résumés ainsi : instabilité, fatigue rapide, inquiétude, émotivité, préoccupations pénibles. Ce groupe correspond aux formes simples, acquises, le plus souvent curables de la neurasthénie, telle que la décrivait Charcot, et c'est à lui que devrait être réservée la dénomination de neurasthénie, pour désigner non plus une maladie autonome, mais un *syndrome*, lié tantôt à un état fonctionnel et tantôt à une maladie organique bien définie.

Dans le second groupe, les signes physiques n'ont plus qu'une importance secondaire, et, au premier plan, apparaissent les troubles et les anomalies psychiques à physionomie spéciale, nettement caractérisée : aboulie, obsessions et phobies durables, idées fixes, tics systématisés, etc. Ces symptômes, dont la signification est considérable, ont une

pathogénie commune, laquelle est différente de la pathogénie des symptômes appartenant au premier groupe. C'est pourquoi nous les en séparons, en les désignant, avec M. P. Janet, sous le nom de « symptômes psychasthéniques ». Leur ensemble constitue la psychasthénie, grande psycho-névrose « construite, suivant l'expression de mon éminent collaborateur, sur le modèle de l'hystérie ».

La neurasthénie syndrome et la psychasthénie névrose autonome telles que nous les distinguons, se développent dans des conditions bien différentes. La première n'apparaît guère qu'à l'âge adulte ; elle résulte de causes variées, accidentelles, d'ordre physique ou moral, qui ont profondément affaibli le système nerveux. Il est vrai qu'elle peut être rattachée, dans certains cas, à une prédisposition héréditaire ou congénitale ; mais cette prédisposition, quand elle existe, est toujours faible et cachée ; ses effets n'apparaissent que grâce à l'influence déterminante de causes extrinsèques et puissantes ; avant de devenir neurasthénique, le sujet ne présentait pas de tare nerveuse appréciable, et, après la guérison de sa neurasthénie, il redevient normal.

La psychasthénie, au contraire, est l'aboutissement naturel d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale, dont les effets se manifestent de bonne heure, dès l'enfance ou l'adolescence, et sans exiger l'appoint d'influences accidentelles ; le germe de la psychasthénie n'arrive à éclosion qu'en terrain dégénératif. Les futurs psychasthéniques, avant d'être des malades caractérisés, sont déjà des anormaux du système nerveux (abouliques, scrupuleux, obsédés, tiqueurs, etc...) ; leur prédisposition évolue d'elle-même, spontanément, et il suffit de l'occasion la plus légère pour qu'elle produise ses effets les plus intenses. Enfin, si les symptômes neurasthéniques adjoints sont susceptibles, sous l'influence d'un traitement approprié, de s'atténuer dans une large mesure, voire même de guérir, il n'en est pas de même des autres manifestations morbides ; celles-là ne disparaissent

jamais complètement ; elles laissent des traces toujours apparentes, qui constituent de véritables *stigmates* permanents de la psychasthénie.

***

L'examen que nous venons de faire de la question si complexe des névroses nous amène, en définitive, à conclure qu'il y a lieu d'éliminer de ce groupe traditionnel le plus grand nombre des maladies qui s'y trouvaient rangées. En ce qui concerne plus spécialement les grandes névroses ou psycho-névroses, nous ne retenons, comme légitimes, que l'hystérie et la psychasthénie, cette dernière absorbant les formes complexes que l'on avait attribuées à la neurasthénie. Ces deux grandes névroses sont-elles destinées à disparaître à leur tour, en tant que maladies sans lésions ? La chose est probable. Et dans ce cas c'est sur d'autres bases et d'après des caractères *positifs* que se fera le classement d'ensemble des différents états nerveux correspondant aux anciennes névroses. On aura alors le moyen de dissiper plus complètement la confusion résultant du rapprochement de maladies qui n'avaient réellement de commun qu'un caractère négatif.

***

Si, maintenant, du point de vue nosologique, nous passons au point de vue pratique, nous devrons reconnaître que les difficultés et les complications ne sont pas moindres.

Pratiquement il n'est pas toujours facile, il n'est même pas toujours possible de délimiter et de classer les états nerveux si variés qui se présentent à nous, et cela surtout lorsqu'il s'agit de ces formes à symptômes atténués, à contours imprécis, à marche lente et incertaine. Psychoses vraies et psycho-névroses se relient les unes aux autres par des formes de transition qui exigent souvent, pour être exactement appréciées, une longue observation. A leur début, en effet, toutes les affections nerveuses, les plus graves comme les plus

légères, ont des signes communs, et l'on est fréquemment exposé à confondre entre elles la neurasthénie simple, la mélancolie réellement vésanique, l'hypocondrie, la psychasthénie et même l'hystérie.

L'hésitation tient souvent à la multiplicité des syndromes, à la complexité du tableau clinique. Elle peut provenir, au contraire, de l'insuffisance, de la pauvreté, si je puis dire, des manifestations morbides. Vous constatez, par exemple, un léger bégaiement, un tic plus ou moins accentué, chez un jeune sujet qui ne présente pas d'autres symptômes nerveux appréciables et dont on vous affirme, d'ailleurs, que l'état mental est parfaitement correct. Que devez-vous penser et dire ? Pour le plus grand nombre de ces cas à interprétation délicate, le mot neurasthénie était bien précieux ! S'il ne répondait en rien aux exigences scientifiques du médecin, du moins donnait-il satisfaction au malade. On peut le conserver sans inconvénients, dans le sens restreint qu'il n'aurait jamais dû perdre, dans le sens d'un syndrome, et à la condition de se souvenir qu'il ne représente qu'un diagnostic d'attente.

Fort heureusement, au point de vue pratique, la question vraiment importante, celle du traitement, n'est que faiblement influencée par les solutions théoriques. Il n'y a pas de traitement particulier à chaque psycho-névrose ; il n'y a qu'un traitement général des psycho-névroses, et dans les détails de son application, ce n'est pas à la forme nosologique que doit s'adapter ce traitement général, c'est à l'individualité de chaque malade. Voilà pourquoi, ainsi que je l'ai déjà indiqué, le tact et le savoir-faire sont aussi nécessaires au médecin, dans le traitement des affections nerveuses, que les connaissances scientifiques. Aussi m'en tiendrai-je à quelques brèves indications sur cette question du traitement des psycho-névroses, ne pouvant entrer ici dans l'examen des cas particuliers, examen qui serait indispensable pour une étude complète du sujet.

***

Les indications qui commandent le traitement des psycho-névroses sont les unes d'ordre général et se retrouvent dans toutes les formes cliniques de ces affections, les autres d'ordre particulier et varient avec les formes cliniques et aussi avec chaque malade. Parmi ces indications particulières, il en est qui sont fournies par l'état *mental*, il en est d'autres qui relèvent de l'état *somatique*.

I. — Indications générales. — Trois sortes de symptômes constituent des indications générales d'une importance essentielle. Ce sont l'*Eréthisme nerveux*, l'*Insomnie* et la *Dénutrition*. Quelle que soit la psycho-névrose envisagée, ces symptômes sont constants, au moins dans les premières périodes de la maladie. Pour l'insomnie et les troubles de la nutrition, cela est de toute évidence. Pour l'éréthisme nerveux, on trouvera peut-être surprenant que j'avance qu'il est constant dans toutes les formes de psycho-névrose et, par conséquent, même dans les formes dépressives qui, aux yeux d'un observateur mal informé, semblent caractérisées par la torpeur, par l'apathie du système nerveux. Ce n'est là qu'une apparence et, dans les formes dépressives, tout autant, si ce n'est plus, que dans les formes avec excitation, les malades présentent une impressionnabilité anormale, une sorte d'hyperesthésie générale plus ou moins vive, mais toujours appréciable.

Ces trois symptômes généraux sont entre eux dans une dépendance réciproque, au sujet de laquelle il serait superflu d'insister. Il est évident que l'insomnie entretient l'excitabilité nerveuse et réciproquement. L'une et l'autre sont influencées par les troubles de la nutrition et, en même temps, les aggravent. Cette constatation a pour conséquence immédiate la nécessité de traiter concurremment, simultanément, ces trois

symptômes Cela n'est pas possible au domicile du malade, dans le milieu familial qui entretient l'hyperesthésie générale par la permanence des influences qui, souvent, l'ont fait naître ; par les maladresses de l'entourage, par sa sollicitude même, éternisant des dispositions qu'il est, au contraire, indispensable de faire disparaître. Dans la famille, on s'attache surtout à combattre le symptôme à la fois le plus pénible pour le malade, le plus gênant pour l'entourage et le plus facile à supprimer, semble-t-il : l'insomnie. Suivant la vogue du moment, après le valérianate et le bromure, on passe au trional, au véronal, au chloral, à l'opium. Cela ne sert à rien ou à peu de chose. Le malade ne dort pas mieux, parce qu'il reste excité ; mais, en revanche, ses fonctions digestives s'altèrent de plus en plus. il n'est pas rare d'observer une véritable intoxication médicamenteuse, l'état général s'aggrave, et l'insomnie, ainsi maladroitement combattue, est elle-même rendue plus complète ; aussi la séparation d'avec le milieu familial, l'isolement du malade sont-ils à la base du traitement des psycho-névroses ; cela n'est plus contesté aujourd'hui. Si pénible que puisse paraître cette mesure, elle s'impose, comme l'unique moyen de traiter efficacement les symptômes généraux ; et l'atténuation de ces symptômes a une importance absolument capitale, je ne saurais trop y insister. Tant qu'ils ne sont pas amendés, on ne peut parler d'amélioration, quelles que soient les apparences favorables ; toute guérison est subordonnée à leur disparition.

L'isolement ne comporte pas de formule absolue. Il y a bien des manières d'isoler un malade, il y a aussi des degrés dans l'isolement. Après l'avoir imposé rigoureusement au début, il peut être indiqué de l'atténuer plus tard. Tout cela est affaire d'appréciation et, seul, le médecin compétent peut régler ce qui convient à chaque cas particulier.

Par la suppression des causes habituelles d'excitation, l'isolement a pour résultat direct de calmer les réactions nerveuses. Il prépare ainsi l'atténuation de l'insomnie et il favo-

rise l'action des médicaments hypnotiques. Il faut recourir à ces médicaments sans timidité, je veux dire qu'il faut les employer aux doses suffisantes, bien entendu après avoir recherché le degré de susceptibilité de chaque malade. Non seulement ils n'agissent pas à doses trop faibles, mais certains d'entre eux, comme le chloral, sont alors excitants. Vous devrez vous défier du bromure qui déprime souvent le système nerveux et produit des troubles gastriques ; si on croit devoir y recourir, il faut en suspendre fréquemment l'emploi. Quel que soit le médicament employé, on doit tendre à ne l'administrer que par intervalles, une nuit sur deux par exemple. On évite ainsi tout à la fois l'augmentation des doses et l'accumulation du poison dans l'organisme. Dès qu'un résultat appréciable est obtenu, il faut espacer encore davantage. Une des causes qui entretient l'insomnie étant l'appréhension du malade, sa crainte de passer « une nuit blanche », on se trouvera bien du procédé suivant : remettre au malade son cachet ou sa potion, en lui recommandant de n'y recourir qu'en cas de nécessité, s'il ne dort pas deux ou trois heures après son coucher. Sachant qu'il a sous la main le moyen de dormir, il est débarrassé de son appréhension, et souvent il s'endort naturellement, ce qui l'encourage et le réconforte.

Quant à la troisième indication générale, la dénutrition, elle exige beaucoup d'énergie et de persévérance. Des régimes trop rigoureux, résultats d'erreurs de diagnostic, ont souvent déjà affaibli le malade et l'ont persuadé qu'il est incapable de digérer. L'appétit est diminué ou perdu, les digestions se font mal, il y a des vomissements, etc... Il faut d'abord s'assurer de l'état des voies digestives car, quoi qu'on en ait dit, il y a assez souvent, dans les psycho-névroses, des indications importantes tirées des fonctions organiques. Il faut ensuite faire comprendre au malade que ses forces amoindries exigent une alimentation copieuse et, qu'au surplus, il est parfaitement en état de digérer, quitte à adopter un

régime facilement assimilable. Ce régime sera le régime lacté, parfois exclusif, mais le plus souvent partiel. Avec des œufs, des purées, des pâtes alimentaires, des viandes blanches, qu'il faut au besoin imposer, on arrive d'ordinaire à rétablir les fonctions digestives. Au moyen de la pesée, on constate les résultats acquis et on les fait constater au malade. Dès qu'une augmentation de poids un peu appréciable est obtenue, il est rare que le malade ne reprenne pas quelque confiance. Le plus difficile est fait, mais il faut veiller attentivement et ne rien laisser compromettre par le caprice, les retours du découragement ou la mauvaise volonté. Avec du savoir-faire et beaucoup de patience, on parvient graduellement à maintenir un régime alimentaire normal et à rendre au malade la confiance qu'il avait perdue.

A l'isolement, il est à peu près indispensable d'ajouter l'alitement. Mais il en est de ce second moyen comme du premier. Sauf les cas d'extrême épuisement nerveux, je ne pense pas que l'alitement permanent, avec suralimentation et isolement absolu, suivant la formule de Weir-Mitchell, soit une méthode de choix. Pour les cas ordinaires, les plus nombreux, il suffira de maintenir complètement le malade au lit pendant quelques jours. On lui permettra ensuite de se lever deux ou trois heures dans l'après-midi et, suivant l'effet produit, on augmentera graduellement le temps qu'il pourra passer hors de son lit. Toutefois, il sera bon d'imposer, jusqu'à la guérison, l'habitude de se lever tard et de se coucher tôt.

Je le répète, l'éréthisme nerveux, l'insomnie et la dénutrition sont les ennemis qu'il faut combattre dès l'abord et sans trêve. Tant que l'on n'aura pas atténué ces symptômes dans une proportion notable, on n'obtiendra jamais l'amélioration réelle d'une psycho-névrose. Après en avoir triomphé, la cause ne sera pas encore gagnée, mais le médecin pourra espérer beaucoup.

Il est un autre symptôme d'ordre général qui est loin d'être

aussi fréquent que les trois précédents, mais qui a cependant une grande importance. Je veux parler de cet état d'angoisse ou d'anxiété qui s'observe dans les formes dépressives de certaines psycho-névroses et qui s'accompagne si souvent de tendances plus ou moins marquées au suicide. Il est inutile d'insister sur la nécessité de combattre un état qui peut avoir des conséquences aussi graves. C'est l'emploi du laudanum, à doses alternativement croissantes et décroissantes, qui donnera en général les meilleurs résultats. On commence par des doses quotidiennes de vingt gouttes, à prendre d'ordinaire en deux fois, le matin dans l'intervalle des deux premiers repas, le soir trois heures au moins après le dernier repas. On augmente tous les jours de deux à quatre gouttes, et l'on peut atteindre ainsi, sans inconvénient, les grosses doses de cent gouttes et au delà par jour. Le plus souvent il n'est pas nécessaire de dépasser le chiffre de soixante ou de quatre-vingts gouttes. Bien entendu, il est indispensable de surveiller avec soin ce traitement, pour le cas où l'on aurait affaire à un malade particulièrement susceptible à l'action de l'opium ; les doses seraient alors beaucoup moindres. Les périodes d'augmentation et de diminution du médicament sont réglées par les variations de l'état anxieux. Enfin, il ne faut pas oublier que le laudanum entraîne habituellement de la constipation, d'où la nécessité de purgatifs assez fréquents. On peut dire que l'opium est le médicament indiqué dans les états anxieux. Il n'a pas, à proprement parler, une action curative, mais il diminue le malaise, il produit une ébauche d'euphorie et, par là, il atténue heureusement les tendances au suicide.

II. Indications particulières. — *Etat mental.* — Variable dans chaque psycho-névrose et pour chaque malade, l'état mental fournit des indications spéciales au cas particulier envisagé. Ces indications ont une très grande importance pour le traitement, et la question du traitement moral — comme on disait autrefois avec simplicité — de la psycho-

thérapie — suivant l'expression maintenant à la mode — mériterait une étude séparée. Mais, sans entrer dans l'examen des faits particuliers, on peut en dégager quelques règles générales, applicables à tous les cas.

La première de ces règles consiste, pour le médecin, dans la nécessité de gagner la confiance de son malade. Cette condition est absolue ; sans elle, il perdra son temps et n'obtiendra aucun bon résultat. Il faut tout d'abord éviter de donner au malade l'impression qu'on le considère comme un malade imaginaire, ce que font trop de médecins, avec l'excellente intention, d'ailleurs, de diminuer ses appréhensions. Les nerveux ne sont pas du tout des malades imaginaires, mais simplement des malades dont il n'est pas facile d'apprécier justement les souffrances. Il est bien vrai que, souvent, ils les grossissent et les aggravent en y prêtant une excessive attention. Le médecin peut arriver, en prenant certaines précautions, à leur faire comprendre leur exagération. Il doit les encourager, leur expliquer la nature nerveuse fonctionnelle, non organique, de leur mal, les inconvénients et même les dangers de cette sorte de rumination à laquelle ils s'abandonnent, leur faire saisir la nécessité de l'effort volontaire pour la continuité et l'efficacité du traitement. Tous ses efforts doivent tendre à donner au malade la conviction que sa maladie est parfaitement curable, à lui montrer qu'il manque trop de confiance en lui, qu'il se déprécie à tort, à lui faire voir, par des faits plus encore que par des raisonnements, que l'amélioration est déjà commencée. Les conséquences de la surveillance de l'alimentation et des digestions, une augmentation de poids même légère, l'atténuation de l'insomnie sont autant de ces faits sur lesquels on doit insister et qui sont de nature à rendre au malade l'espérance perdue. La contradiction logique, la discussion appliquée aux préjugés et aux idées fausses ne peut utilement intervenir avant l'atténuation des symptômes généraux, car, jusque-là, le malade n'est guère accessible au raisonnement. Mais, quand l'amélioration

est commencée, l'influence persuasive du médecin devient très grande et c'est à ce moment que l'on peut en obtenir de grands résultats. Je ne saurais trop le répéter, les procédés si divers et si nombreux qui constituent la psychothérapie sont essentiellement question de mesure et de tact, et ils varient nécessairement avec chaque malade, ils varient aussi avec chaque période de la maladie ; on peut affirmer que tant vaut le médecin, tant vaut sa psychothérapie. C'est dire que, pour faire avec succès le traitement moral des psycho-névroses, une éducation préalable est indispensable au médecin.

Une question importante se pose, à propos de la psychothérapie. Parmi les procédés dont elle dispose, faut-il placer l'hypnose, le sommeil provoqué et la suggestion hypnotique? Ces pratiques ont, chacun le sait, des partisans déterminés et aussi des détracteurs énergiques. Ceux-ci pensent que l'hypnose a l'inconvénient grave d'augmenter la tendance de ces malades aux dissociations de la personnalité, d'affaiblir encore leur volonté débile ; ils font valoir aussi les difficultés qu'opposent à l'hypnose la plupart de ces malades.

Je pense, quant à moi, que ces inconvénients sont réels, mais que, cependant, le sommeil hypnotique peut rendre des services dans certains cas particuliers, alors que l'on n'obtient rien par d'autres procédés plus simples. Dans ces cas exceptionnels, on peut y recourir, mais toujours avec une grande prudence et pour peu de temps. Je reviendrai plus spécialement sur ces faits à propos de l'hystérie.

L'isolement, l'alimentation bien conduite, le repos au lit, le traitement direct de l'insomnie et surtout le traitement moral ou psychothérapie constituent donc les moyens de traitement les plus généraux des psycho-névroses, et ils sont applicables à tous les cas. D'autres procédés thérapeutiques, visant aussi l'état général, sont moins importants, mais ils peuvent avoir encore une influence favorable. Ce sont principalement l'hydrothérapie et l'électrothérapie.

Les procédés hydrothérapiques sont nombreux et variés.

En outre de la douche froide — trop souvent considérée, même par beaucoup de médecins, comme résumant toute l'hydrothérapie, et dont on abuse fréquemment, — nous avons à notre disposition la douche tiède ou chaude, ou alternativement froide et chaude ; l'enveloppement dans le drap mouillé ; les affusions ou lotions froides ou tièdes, locales ou généralisées ; les bains de température et de durée variables, etc. Chacune de ces applications de l'hydrothérapie ne peut être indifféremment prescrite à un malade quelconque ; leurs effets particuliers doivent être bien connus du médecin qui saura déterminer ce qui convient à chaque cas. On peut dire, d'une manière générale, que la douche ou la lotion froide, ou encore les bains tièdes, peu prolongés, sont plus spécialement indiqués dans les états de dépression, tandis que les malades excités se trouveront bien des grands bains prolongés, de la douche tiède, du drap mouillé, des lotions fraîches. Quand elle est judicieusement employée, l'hydrothérapie a une double action tonique et calmante. C'est ainsi que le bain tiède, pris le soir immédiatement avant le coucher, et prolongé pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, combat parfois très heureusement l'insomnie et peut dispenser de recourir aux soporifiques.

L'électrothérapie, dont je ne dirai qu'un mot, rend également de réels services dans les affections qui nous occupent par son action physiologique et aussi par son influence suggestive. Des nombreux procédés qu'elle met en pratique, l'électrisation statique est celui qui semble donner les meilleurs résultats.

Enfin, le massage, la mécanothérapie, les exercices physiques modérés et bien réglés sont des procédés thérapeutiques généraux dont l'emploi, variable suivant l'état des malades, répond utilement à de nombreuses indications.

III. Indications organiques particulières. — Si les indications tirées de l'état mental et celles que fournit l'ensemble

de l'état organique sont de beaucoup les plus importantes dans le traitement des psycho-névroses, elles ne sont pas les seules. Il en est d'autres qui correspondent aux diverses fonctions et que l'on ne saurait négliger sans retarder et même sans compromettre la guérison. Certains auteurs, il est vrai, pensent que les troubles organiques des névropathes sont, comme les autres symptômes, uniquement justiciables de la psychothérapie. Le professeur Dubois (de Berne) écrit même, qu'au moins chez les hystériques il n'est pas bon de « rechercher les symptômes physiques », car, « les constater c'est les faire naître ». Si l'on veut dire qu'il est dangereux d'attirer très fortement l'attention de ces malades sur leurs troubles morbides, parce qu'ils ont une tendance marquée à les exagérer, à les réaliser plus complètement par l'imagination, cette opinion est exacte. Mais on ne saurait l'admettre dans sa forme absolue. Il est faux et il est dangereux de soutenir que, même chez les hystériques, tous les symptômes physiques sont d'origine et de nature nerveuse et que la psychothérapie est le seul traitement qui leur convienne. Les symptômes physiques observés dans les diverses psycho-névroses sont souvent de nature réellement organique ; tout au moins ils sont devenus tels à la longue et, pour les faire disparaître, la psychothérapie n'est plus suffisante ; il est nécessaire d'y adjoindre les moyens thérapeutiques ordinaires. Mais pour traiter ces symptômes, il faut les connaître, par conséquent les rechercher tout d'abord. Seulement, on les recherchera avec discrétion, avec tact, sans avertir les malades de l'objet et du but de ces investigations. C'est ce que parvient à faire, sans trop de peines, le médecin averti et quelque peu expérimenté.

Parmi ces troubles organiques, les plus fréquents, les plus importants, sont les troubles des fonctions digestives. Il est bien peu de névrosés qui ne soient en même temps des dyspeptiques par dilatation, par atonie, par altération des sécrétions gastriques ou intestinales, assez souvent par suite

de l'usage prolongé de régimes défectueux. Un régime alimentaire approprié est naturellement le procédé thérapeutique indiqué tout d'abord pour combattre les troubles digestifs. Mais le régime seul ne suffit pas toujours ou ne réussit pas complètement. Il est ordinairement nécessaire d'y adjoindre les purgatifs et les laxatifs, les lavages intestinaux, les antiseptiques des voies digestives. C'est au médecin traitant qu'il incombe de déterminer le procédé de choix. Mais il importe d'éviter, dans l'établissement du régime, les formules rigoureuses, exclusives, qui, le plus souvent, ne feraient qu'aggraver le mal.

De même que l'estomac et l'intestin, le foie, le rein, peuvent aussi être troublés dans leur fonctionnement et donner lieu à des indications spéciales.

Les désordres génitaux sont pareillement fréquents dans les psycho-névroses, où ils ont souvent une grande importance. Les malades en sont très affectés et, par un sentiment de pudeur exagérée, habituel surtout chez les femmes, ils n'en parlent pas toujours au médecin. Celui-ci doit connaître cet état d'esprit, et son attention doit être éveillée sur ce point délicat, au sujet duquel s'imposent d'une manière toute particulière la discrétion et le tact dont je parlais tout à l'heure. L'opothérapie ovarienne paraît avoir rendu des services dans certains cas de troubles génitaux.

Pour en finir avec les divers moyens qui peuvent être utilisés dans le traitement des symptômes physiques des psycho-névroses, je mentionnerai les sérums, les phosphates, le cacodylate, l'arrhénal, etc., dont le rôle n'est pas toujours négligeable dans certains cas

Si le traitement purement psychique de ces états morbides n'est pas suffisant pour tous, je dois ajouter qu'il est toujours indispensable ; sans lui, on n'obtiendra jamais que des améliorations partielles et précaires. Tous les autres procédés doivent lui être subordonnés.

En résumé, le traitement des psycho-névroses peut et doit utiliser de nombreux procédés thérapeutiques, dont l'emploi judicieux, et variable suivant les cas, exige tout à la fois du médecin traitant des connaissances approfondies, un tact exercé et beaucoup de fermeté patiente. La psychothérapie n'est pas l'élément unique de ce traitement, mais elle en est l'élément essentiel, indispensable au succès.

LA
NEURASTHÉNIE SYNDROME [1]

(Neurasthénie simple, acquise ou accidentelle)

Messieurs,

Je vous ai dit, dans ma précédente leçon, pourquoi je pensais que la neurasthénie ne constituait pas une espèce morbide légitime, une psycho-névrose autonome. A mon sens, on a attribué à cette affection des symptômes qui, certainement, n'en font point partie. Si l'on veut s'entendre et faire œuvre de clinicien, il faut — du moins je considère les choses ainsi — retrancher de cette affection les adjonctions successives qui l'ont, peu à peu, transformée en un « *géant* » démesuré et informe. J'ajoute que cette dissociation de symptômes aussi nombreux que disparates doit conduire à la création de deux groupes dont l'existence est justifiée par la clinique et l'étiologie.

Le premier groupe comprend les signes physiques et psychiques de « *la faiblesse irritable* », de la dépression générale du système nerveux. Psychiquement, on n'y trouve pas autre chose que des phénomènes simples, généraux, élémentaires, traduisant la même dépression nerveuse envisagée dans les fonctions cérébrales, en particulier l'instabilité, la fatigue rapide, l'inquiétude, l'émotivité, les préoccupations

(1) *Bulletin médical*, 20 mars 1907.

pénibles. Ce groupe est celui des *formes simples, acquises,* le plus ordinairement curables, de la neurasthénie, tel que l'a surtout fixé Charcot dans sa magistrale description de l'état neurasthénique vrai, et c'est à ce groupe seul que nous appliquerons la dénomination de *neurasthénie.* Il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'une maladie véritable, mais d'un groupement de symptômes, d'un *syndrome,* variable dans ses modalités cliniques, suivant la prédominance plus ou moins grande de tels ou tels signes. Et ce syndrome peut être purement et simplement lié à un état fonctionnel — dans le sens où nous sommes encore obligés de comprendre ce mot aujourd'hui — ou bien il coexiste avec une maladie organique bien définie.

Le second groupe est caractérisé, avant tout, par des troubles et des anomalies psychiques à physionomie tout à fait spéciale ; par contre, les signes physiques sont de second plan et d'importance secondaire. Les troubles et les anomalies psychiques n'arrivent à éclosion qu'en terrain dégénératif, chez des anormaux du système nerveux ; ils ne disparaissent jamais complètement, même par le traitement le mieux approprié. L'ensemble de ces phénomènes, dont l'évolution, plus ou moins complète, plus ou moins régulière, peut être prévue, doit être exclu de la neurasthénie ; il constitue la psycho-névrose autonome que mon collaborateur Janet a appelée « La Psychasthénie » et qu'il a construite « sur le plan de l'hystérie ». Elle renferme, en particulier, les symptômes que Charcot rattachait à la « neurasthénie constitutionnelle », celle que d'autres ont appelée la « neurasthénie à forme héréditaire ».

Je crois avoir suffisamment insisté, dans mes leçons précédentes, sur ces distinctions nécessaires, et, aujourd'hui. je voudrais surtout et tout d'abord vous présenter des malades du premier groupe, des malades ressortissant à la *neurasthénie syndrome,* à *la forme vraie, simple ou acquise, de cette affection.* Il me sera plus facile, ensuite, de vous tracer

un tableau d'ensemble de ce groupe, d'en établir la valeur séméiologique, d'en préciser la signification clinique.

***

Historique. — Vous trouverez l'*historique* de la question de la neurasthénie dans tous les livres classiques. Si Beard a proposé ce nom, vers 1880, pour désigner un ensemble de symptômes qu'il observait fréquemment chez les Américains du Nord et qu'il croyait spécial au Nouveau-Monde, il n'en est pas moins vrai que ce syndrome est vieux comme la civilisation, puisqu'on en trouve déjà des descriptions, plus ou moins compréhensives. dans Hippocrate et dans Galien. Et, suivant les idées doctrinales des auteurs, suivant qu'ils choisissaient tel ou tel symptôme plus ou moins saillant pour caractériser ce syndrome, ils lui donnaient des noms différents : *éréthisme nerveux ; névropathie ou vapeurs ; cachexie nerveuse ; névropathie cérébro-cardiaque*, etc. Cette multitude d'appellations est déjà propre à mettre en garde contre la légitimité de la création d'une affection *autonome,* que des observateurs également instruits voyaient sous des angles si différents. Beard, lui-même, qui en a fourni une bonne description méthodique, n'échappe pas à ce reproche, car il fait entrer, dans sa symptomatologie, des signes ayant une signification très différente les uns des autres. Charcot, avec sa sagacité clinique géniale, a mis de l'ordre dans la description de cette affection. Il a été, dans l'espèce, bien servi par sa méthode des types. Il ne tarda pas à s'apercevoir, en examinant les malades, qu'au point de vue du pronostic il y avait une différence essentielle, capitale, entre les cas décrits sous la même étiquette. Son élève Gilles de la Tourette, dans un petit volume très bien conçu, intitulé : « Les états neurasthéniques », volume publié en 1898, a encore accentué la distinction établie par notre illustre maître, en séparant nettement, sur le terrain clinique, « l'*état neurasthénique vrai* »

de la « *neurasthénie à forme héréditaire* », celle que Charcot appelait « *neurasthénie constitutionnelle* ». Je suis acquis, depuis longtemps, aux idées de Charcot ; bien souvent, dans cet amphithéâtre — et cela dès le début de mon enseignement, il y a plus de douze ans maintenant — j'ai proclamé la nécessité de séparer complètement le *syndrome neurasthénie*, la *neurasthénie vraie*, de l'autre variété qui, elle, constitue vraiment une espèce nosologique autonome que je désigne, avec Janet, sous le nom de « *Psychasthénie* » et dont je vous ai présenté de très nombreux exemples. Je ne veux pas m'appesantir, aujourd'hui, sur les raisons que j'ai déjà données pour justifier cette conception ; je compte vous les développer plus longuement dans une autre leçon. Je rappelle seulement que, dans la psychasthénie, l'ensemble symptomatique et l'évolution sont, avant tout, dominés par des troubles et des anomalies psychiques innés.

Bien différent est le syndrome « *neurasthénie vraie* ». A mon avis, il faut le comprendre comme indiquant purement et simplement une *dépression générale du système nerveux*, une diminution de son potentiel, une faiblesse irritable, et une *asthénie* de tout l'appareil dans ses fonctions psychiques, sensitives, motrices, vaso-motrices, trophiques, etc. Il est partout en état d'infériorité ; cette infériorité peut, d'ailleurs, être à peu près la même dans les divers départements nerveux, ou, au contraire, se présenter avec une intensité très variable, comme siège, suivant les individus ; ainsi elle peut prédominer dans telle ou telle région, créant des aspects symptomatiques multiples qui font les *divers types cliniques* décrits par les auteurs.

***

Les manifestations symptomatiques de la *neurasthénie vraie*, de la faiblesse irritable du système nerveux, traduisant son hypofonctionnement, sont multiples et surtout *d'ordre*

subjectif. Il existe bien quelques symptômes *objectifs*, mais la question que doit se poser le médecin est de savoir jusqu'à quel point ces symptômes objectifs ne sont pas la conséquence des phénomènes subjectifs, et leurs subordonnés ; sans compter qu'ils peuvent leur être surajoutés, comme le tremblement, relevé surtout chez les malades alcooliques ou tabagiques ; parfois enfin, ils sont les deux à la fois. C'est là un point de vue que j'aurai à examiner lorsque j'étudierai leur pathogénie. Pour le moment, je désire m'en tenir à la seule étude symptomatique.

Le grand mérite de Charcot a été d'extraire du chaos symptomatique des auteurs qui l'ont précédé un certain nombre de signes de premier ordre, signes constants qu'il a appelés les *stigmates neurasthéniques*. Les uns, permanents, prépondérants, sont : *la céphalée, l'insomnie, l'asthénie névro-musculaire, la rachialgie, la dyspepsie gastro-intestinale, l'état mental* ; les autres, secondaires, sujets à de grandes variations dans leur manière d'être et pouvant manquer sont : le *vertige*, le *trouble visuel* (asthénopie accomodative), les troubles de l'*ouïe*, de la *sensibilité générale*, des *appareils* circulatoires, vaso-moteurs, respiratoires, génitaux, etc. Vous n'attendez pas de moi que je vous refasse l'étude de chacun des symptômes que je viens d'énumérer ; vous en trouverez des descriptions parfaites dans les divers traités classiques des maladies nerveuses ou dans les différents ouvrages spéciaux publiés ces dernières années sur la neurasthénie, car il est peu d'affections qui comptent une littérature française et étrangère aussi riche, et il est de ces ouvrages qui sont fort bien faits. Je voudrais seulement — et, pour le moment, uniquement au point de vue symptomatique — insister plus spécialement sur *l'état mental* de ces malades. (Je répète encore une fois que je ne vise que les *neurasthénies vraies)*.

Cet état mental, un mot le caractérise, celui de *dépression psychique*. La dépression se manifeste, avant tout, par une

fatigue rapide et une faiblesse *de l'attention ;* celle-ci peut être et est souvent telle, qu'elle empêche tout travail cérébral un peu soutenu ; chaque fois que le malade concentre son attention, même pour un temps très court, il réveille ou exaspère infailliblement ses douleurs de tête. La *mémoire* — quoi qu'on en ait dit — n'est nullement amoindrie ; elle est parfois ralentie, elle est comme *rétrécie,* par suite de la distraction habituelle aux malades, mais elle reste entière. L'*activité intellectuelle* peut être, tout comme l'activité physique, très diminuée, parfois à peu près complètement annihilée ; dans ces cas, le malade est sans *volonté*, aboulique total et, pour ainsi dire, réduit à l'impuissance. Il acquiert vite une *émotivité* extrême ; tout alors lui est prétexte à crainte ; il s'auto-suggestionne, se persuade qu'il ne guérira jamais, qu'il est perdu. Bientôt, il en résulte un sentiment d'*insécurité,* accompagné de préoccupations pénibles et constantes de sa santé qui lui donnent une susceptibilité d'humeur excessive, doublée, souvent, d'une irritabilité très grande. Un pas en avant encore et l'on voit survenir des appréhensions anxieuses, généralement mal définies ; plus tard, des préoccupations analogues (non identiques) à celles des hypocondriaques ; enfin un sentiment d'impuissance, de crainte, de terreur, parfois assez intense pour engendrer le dégoût de la vie et l'idée du suicide. Mais — fait bien remarquable et capital en l'espèce — il n'existe chez ces malades aucune perversion du jugement ; celui-ci reste sain dans son ensemble, malgré la dépression générale des facultés psychiques, débilitées et épuisées. L'état mental du *neurasthénique vrai* diffère donc foncièrement — et je le souligne tout particulièrement — de celui que l'on rencontre chez les malades atteints de psychoses proprement dites ou des autres psychonévroses que l'on décrit sous les noms de « *Psychasthénie* » et d' « *Hystérie* ».

***

La dépression générale des *facultés psychiques* — qui traduit le fonctionnement anormal du cerveau — n'est, cela est entendu, qu'une partie de la symptomatologie de la neurasthénie vraie. Cette dépression coexiste le plus ordinairement avec les autres stigmates habituels : la céphalée, l'insomnie, l'asthénie névro-musculaire, la rachialgie, les troubles dyspeptiques, sans compter les stigmates secondaires, moins importants que les autres parce qu'ils sont moins permanents : *vertiges*, *troubles visuels*, de *l'ouïe*, de *la sensibilité générale*, des *appareils circulatoire, respiratoire, génitaux*, *vaso-moteurs*, etc.

Parmi eux, certains ont la même signification, dans le domaine somatique, que ceux que je viens de passer en revue, dans le domaine psychique ; ils traduisent l'état de souffrance organique, de mauvais fonctionnement de l'encéphale (céphalée, insomnie) ; ou de ses prolongements intracraniens (troubles de l'ouïe, de la vue) ; ou de la moelle et des nerfs périphériques (rachialgie, troubles divers des sensibilités) ; ou du système nerveux ganglionnaire (troubles dyspeptiques, troubles des appareils circulatoires, respiratoires, génitaux, etc.), sans compter que l'*asthénie neuro-musculaire*, le sentiment de fatigue perpétuelle trahit la faiblesse permanente des deux grands neurones superposés qui, depuis l'écorce jusqu'à la périphérie, constituent la voie motrice : les neurones corticaux bulbo-spinaux et les neurones spino-musculaires.

On peut, dans une étude tout à fait schématique, se représenter les choses ainsi, mais il ne faut pas oublier que, dans la réalité des choses, toutes les parties du système nerveux sont solidaires les unes des autres. Or, c'est un fait d'observation clinique que, dans la neurasthénie vraie, l'hypofonctionnement du système nerveux s'étend à ses divers départements, se traduisant par un appareil symptomatique assez

spécial, assez particulier, pour que l'on puisse grouper ensemble des faits qui, s'ils diffèrent plus ou moins dans les détails, n'en ont pas moins une physionomie commune, univoque, qui justifie leur réunion sous le même vocable. Avant de chercher à en comprendre la genèse, à en expliquer les raisons d'être, en les hiérarchisant, il me faut, auparavant, vous rappeler dans quelles conditions on les observe ; en un mot, il me faut étudier leur *étiologie*.

***

L'*état neurasthénique vrai* — tous vos classiques vous le diront — est presque toujours le résultat du surmenage, surtout du surmenage psychique, plus ou moins associé au surmenage physique. Ce surmenage psychique, avec son cortège de préoccupations morales plus ou moins déprimantes, d'états émotifs plus ou moins accentués, finit à la longue — plus ou moins vite suivant les individus — par déterminer l'épuisement nerveux général. Il peut être aidé, dans son action nocive, par une série de causes agissant dans le même sens, en modifiant les conditions normales physiologiques du fonctionnement du système nerveux ; c'est le cas pour tous les poisons exogènes : morphine, cocaïne, alcool, tabac, plomb, sulfure de carbone, etc. ; pour tous les poisons endogènes, ceux résultant des maladies infectieuses, en particulier de la grippe, de la malaria, de la fièvre typhoïde, de la syphilis, de la tuberculose, etc. ; comme ceux produits par l'organisme lui-même, dans la goutte, le diabète, etc. Il en est de même d'une série de maladies organiques, les unes ayant pour siège direct le système nerveux : tabes, paralysie générale, sclérose en plaques, etc. ; les autres ne l'atteignant que secondairement ; ainsi, le rhumatisme chronique, l'artériosclérose, les diverses *viscéropathies organiques* (ptoses et autres), en particulier celles qui débilitent l'organisme, y compris le système nerveux. Il en est encore de même aussi

des deux grandes psycho-névroses légitimes, l'hystérie et la psychasthénie. L'une et l'autre peuvent coexister avec le syndrome neurasthénie ; elles se l'adjoignent pour ainsi dire. Enfin, il n'est pas jusqu'au traumatisme qui ne puisse être facteur de neurasthénie vraie, à la fois par l'ébranlement physique imprimé au système nerveux, à l'encéphale en particulier, et par l'ébranlement psychique résultat de l'émotion ou des émotions consécutives.

Voilà, en un résumé rapide, l'ensemble des causes que l'observation de tous les jours relève à la base de l'état neurasthénique vrai. Elles sont très disparates, très différentes ; pourtant, on peut légitimement les classer en deux groupes. Le premier comprend les causes *prédisposantes*, toutes celles que je viens d'énumérer et dont le rôle peut se résumer ainsi : *amoindrissement de la force de résistance du système nerveux*. Dans le second groupe, on trouve une cause *déterminante*, principale : le surmenage moral, avec états émotifs successifs, accompagnés de circonstances déprimantes, démoralisantes, faisant fléchir les forces vives de l'individu, atteignant en particulier son *stoïcisme*, sa résistance morale. C'est alors qu'il s'abandonne, qu'il devient le jouet de ses propres sensations et que, par voie d'auto-suggestion, il augmente de plus en plus sa dépression nerveuse et tous les phénomènes qui en découlent, tant physiques que psychiques.

Une remarque doit maintenant vous être présentée. Tout individu jouissant d'une bonne santé — et je ne sépare pas la santé organique de la santé morale — peut-il, simplement par le jeu des diverses causes susceptibles d'engendrer le symptôme neurasthénie (causes prédisposantes et causes déterminantes), arriver à l'état neurasthénique vrai ? Pour ma part, je suis fermement convaincu qu'il en est ainsi souvent ; je ne dis pas toujours. L'expérience journalière m'a appris, comme à tous les médecins, qu'il est des individus parfaitement sains de corps et d'esprit, qui deviennent neu-

rasthéniques dans certaines des conditions que je vous ai énumérées il y a un instant. C'est là un fait d'observation quotidienne. Ces sujets guérissent plus ou moins rapidement, et ils *guérissent complètement*. Ils ne retombent jamais dans leur état neurasthénique, à moins de se trouver placés de nouveau dans des conditions semblables à celles qui ont produit le premier accès ; mais il est beaucoup plus fréquent d'observer le syndrome neurasthénie chez une catégorie spéciale d'individus, ceux que Charcot appelait les *arthritico-nerveux*.

Bouchard, dans ses belles études, a montré que les arthritiques sont, avant tout, des ralentis de la nutrition. Ce ralentissement de la nutrition engendre incessamment des toxines au sein de l'organisme. De ce fait, les éléments nerveux, tout comme les éléments des autres tissus, subissent des troubles de nutrition qui produisent des troubles moléculaires chimiques, point de départ de nouveaux poisons. Sans entrer dans le détail des faits et des théories, je rappellerai les discussions qui ont eu lieu à la Société thérapeutique en 1900, ainsi que les travaux postérieurs de Gautrelet, de Maurel, de Pascault, etc. Faits et travaux aboutissent à cette conclusion : l'arthritisme est un terrain tout à fait favorable pour l'apparition du syndrome neurasthénie. J'ajoute : surtout quand l'arthritique est un nerveux, un émotif, un impressionnable, sans empire sur lui-même ; et il en est souvent ainsi. Cette impressionnabilité excessive, marque de la mentalité innée, est déjà, par elle-même, une véritable faiblesse nerveuse, et on comprend que, dans ces conditions, on puisse parler d'une *prédisposition* aux états neurasthéniques vrais. Dans la majorité des cas elle est nécessaire à la production de cet état. Charcot avait coutume de répéter : « Ne devient pas neurasthénique qui veut ». Cela est très vrai, très clinique. Oui, le plus souvent, le neurasthénique est un prédisposé par son état constitutionnel arthritico-nerveux ; pourtant, il est des individus, devenus neurasthéniques vrais,

qui n'étaient pas des arthritico-nerveux. Pour ceux-là on peut parler de *prédisposition acquise*. Je sais que ce mot a été critiqué, mais je ne crois pas que ces critiques soient fondées. Qu'y a-t-il, en effet, d'illogique à admettre que des causes particulières, comme celles que je vous ai énumérées, puissent, dans certaines conditions déterminées, créer un état de choses plaçant le système nerveux dans un état d'infériorité semblable à celui produit par l'hérédité chez l'arthritico-nerveux? Pour ma part, je ne vois pas pourquoi il n'en serait point ainsi.

Je me résume : le *syndrome « neurasthénie vraie »* chez un prédisposé, par hérédité ou par des circonstances fortuites — prédisposition acquise — pourra se développer sous l'influence du surmenage, surtout du surmenage psychique avec toutes ses causes déprimantes et démoralisantes.

***

J'arrive à la partie la plus difficile du problème que soulève l'histoire du *syndrome neurasthénie*, circonscrit comme j'ai essayé de le faire, problème qui a beaucoup exercé la sagacité des auteurs : je veux parler de la *pathogénie* Il est bien entendu, je le répète, que, dans ma leçon d'aujourd'hui, j'envisagerai seulement le syndrome *neurasthénie acquise*. Je pense pouvoir vous démontrer que, dans ces cas — *de tous les plus rares, à mon avis* — la formule mentale est surtout *secondaire*, consécutive, tandis que dans les autres états, confondus avec le syndrome neurasthénie, elle est *primitive* et au point de départ de tous les accidents symptomatiques, psychiques et somatiques. Ne vous y trompez pas, il ne s'agit pas là d'une pure question de scolastique; c'est, au contraire, la base même de la pathogénie, partant, de la thérapeutique.

Aussi loin que nous pouvons remonter dans le passé, nous voyons les médecins, aux diverses époques, chercher à expli-

quer l'état névropathique — désigné, suivant les moments, par tel ou tel nom — par des troubles fonctionnels des voies digestives, ou de leurs annexes, ou des autres viscères abdominaux. Tantôt il s'agit d'une humeur peccante, de l'atrabile par exemple, tantôt d'un trouble sympathique, d'un trouble réflexe de l'intestin, d'un trouble inflammatoire de l'estomac, ou de sa dilatation avec stase alimentaire et auto-intoxication consécutive, de la ptose des organes abdominaux, d'un mauvais fonctionnement des glandes génitales, de l'onanisme, d'une fonction rénale pervertie, d'un foie vicié dans son fonctionnement par l'hérédité, de troubles de nutrition, etc. Chaque auteur a sa théorie, et cette théorie est édifiée sur l'idée du rapport existant, suivant lui, entre la symptomatologie constatée et la cause qui lui paraît la plus puissante et aussi la plus habituelle dans la genèse de l'affection. La question étant envisagée sous cet angle, on peut dire que chaque auteur a bien vu, mais comme les conditions causales invoquées sont tout à fait disparates, elles ne peuvent servir toutes à l'édification de la pathogénie ; autrement, ce serait revenir purement et simplement à l'énumération des causes, en choisissant l'une d'entre elles comme élément pathogénique.

Mais pourquoi toutes ces divergences des auteurs ? Parce qu'ils n'ont certainement pas eu en vue, dans leurs descriptions, la même affection ; parce qu'ils ont appliqué indifféremment à des tableaux cliniques ayant une valeur nosologique différente une même conception pathogénique ; parce qu'ils n'ont pas séparé nettement le *syndrome neurasthénie* de la « psychasthénie » telle que nous la concevons, Janet et moi. Je le répète encore une fois, il n'y a — dans le sens où je comprends le mot — pas plus de neurasthénie, maladie *primitive*, qu'il n'y a de dyspepsie, maladie *autonome*. Il y a des *états* neurasthéniques ou, si on le veut, un état neurasthénique vrai, un état neurasthénique acquis, qui ne peut prétendre à autre chose, hiérarchiquement parlant, qu'à être

un *syndrome*, c'est-à-dire un assemblage de symptômes pouvant se rapporter à des états morbides fort différents de signification, malgré leur ressemblance apparente. La preuve, c'est la multiplicité des causes psychiques, physiques ou organiques, qui peuvent l'engendrer ; c'est le grand nombre des états névrosiques ou lésionnels dans le cours desquels on peut le rencontrer, auxquels il se superpose, auxquels il s'ajoute.

Mais quelle est la signification de ce syndrome neurasthénie ? Tous les auteurs sont d'accord à cet égard ; il veut dire, avant tout, *asthénie nerveuse*, et cette asthénie, comme Beard l'écrivait déjà dans sa magistrale description, c'est l'insuffisance du potentiel nerveux, *l'amoindrissement du fonctionnement des neurones* psychiques. sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, etc., avec prédominance sur tels ou tels d'entre eux, céphaliques, médullaires ou sympathiques ; c'est aussi l'affaiblissement du fonctionnement de l'élément primordial du neurone, de la cellule nerveuse, créant, consécutivement, le trouble de toutes ou de presque toutes les fonctions physiologiques de l'organisme. aussi bien des fonctions matérielles que des fonctions vitales les plus élevées. Un auteur, M. de Fleury, dans ses remarquables publications, a développé avec sagacité une pathogénie qui peut s'appliquer à la neurasthénie, envisagée comme syndrome. Il a bien montré comment les modifications de la nutrition générale, les ptoses, les troubles du tonus, le relâchement des plans musculeux, viscéraux, les adultérations des sécrétions glandulaires, la perversion de la sensibilité générale, etc., sont une conséquence de l'hypofonctionnement nerveux. Il a fait valoir que tous ces troubles organiques peuvent, à leur tour, engendrer les sentiments de déchéance des fonctions vitales supérieures. J'ajoute que ceux-ci, s'associant aux mêmes sentiments dérivés directement de l'hypofonctionnement cérébral, créent ainsi un fonds mental, variable dans ses modalités, mais dont les notes dominantes sont la tristesse,

la crainte, l'émotivité, la sensation d'impuissance, le tout mélangé dans des proportions très diverses suivant les individus, et constituant ainsi les différents types cliniques que l'on rencontre dans la pratique.

Comment est créé cet *amoindrissement du fonctionnement des neurones* et la *faiblesse irritable* qui le caractérise ?

Si cette manière de réagir du système nerveux, si cette faiblesse est un postulatum clinique admis par tous les auteurs, il est plus difficile d'en pénétrer le caractère intime. On ne peut faire, à cet égard, que des suppositions plus ou moins vraisemblables, mais invérifiables jusqu'à présent. S'agit-il, comme le pense mon collègue Erb, d'un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux ? C'est probable ; mais encore faudrait-il savoir en quoi consiste au juste ce trouble de la nutrition. Dire, comme Beard, qu'il y a un défaut d'équilibre entre l'usure du tissu nerveux et sa réparation, ou, comme Féré, que la vibratilité est modifiée, ou, comme d'autres, que les prolongements protoplasmiques des neurones sont disjoints, etc., c'est se contenter de suppositions simples. Mieux vaut s'en tenir à ce qui est compréhensible et en rapport avec ce que la pathologie générale et la clinique enseignent. A ce point de vue, l'opinion de Régis, d'après lequel « le trouble de la nutrition en général, et celui du système nerveux en particulier », par les agents toxiques, d'où qu'ils viennent, est la vraie caractéristique de la pathogénie des neurasthénies acquises ou accidentelles, cette opinion, dis-je, me paraît la plus exacte. Et elle fait rentrer le *syndrome neurasthénie* dans les altérations organiques probables du système nerveux. Je dis : probables, car, jusqu'à présent, à ma connaissance du moins, aucune autopsie n'est venue nous éclairer à cet égard. Une réserve est à faire pourtant pour certains cas de neurasthénie traumatique ; encore, dans ces circonstances, les adultérations constatées du côté du système nerveux peuvent-elles, légitimement, être considérées comme appartenant à l'encéphalite ou à la myélite

traumatique disséminée. Et ce n'est pas une des moindres difficultés de la clinique que de reconnaître ces cas en les classant exactement.

Les troubles de nutrition que l'on rencontre au point de départ de la neurasthénie accidentelle, de la neurasthénie acquise, sont — cela est entendu — de nature toxique, et les poisons peuvent venir de sources bien diverses ; mais il est, je vous l'ai déjà dit, un terrain tout particulièrement préparé pour eux, c'est le terrain arthritico-nerveux. L'*arthritisme* est une réalité tangible, ainsi que les importants travaux de Bouchard — auxquels il faut toujours revenir, si l'on veut comprendre cette question — l'ont surabondamment démontré ; les critiques dont ils ont été l'objet n'en ont pas ébranlé la base.

Je vous rappelle qu'en 1882, dans ses « Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition », Bouchard a établi, sur des faits irréfutables, qu'il existe, en pathologie humaine, des maladies, en apparence très diverses, réunies entre elles par un lien commun : « *l'hyperacidité des humeurs* ». Elles constituent une véritable famille pathologique qu'il a appelée la « famille arthritique ». Les individus de ce groupe sont des ralentis de la nutrition et, plus particulièrement, de la nutrition de leurs centres nerveux. Il ne s'agit pas là de conceptions chimiques imaginaires, mais de faits maintes et maintes fois vérifiés, ainsi que le prouve l'étude du syndrome urologique des arthritiques et des neurasthéniques ; et, comme l'a dit Gautrelet, on peut rattacher le syndrome neurasthénie à la grande classe des affections par diminution des échanges organiques.

Le terrain arthritique, résultat d'une hyperacidité des humeurs, est donc déjà lui-même un terrain d'intoxiqué. Pour peu que d'autres éléments, également toxiques, soient introduits dans l'économie, produits par elle (auto-intoxication provenant de l'estomac, des voies digestives, des glandes annexes, troubles humoraux plus généraux ; goutte, diabète,

etc.) ; ou en elle (toxines des microbes, des diverses maladies infectieuses) ; ou en dehors d'elle (alcool, plomb, tabac, etc.), on conçoit qu'ils ajoutent leurs actions nocives pour engendrer des modifications reconnaissables seulement à leurs effets sur les éléments nerveux, en particulier sur la cellule d'origine du nerf, vraisemblablement sur son protoplasma Quoi qu'on en ait dit, il y a, dans ces cas, quelque chose de comparable à ce qui se produit dans l'urémie chronique, dont les manifestations lésionnelles — en rapport avec une symptomatologie bien connue, à la fois *psychique* et *physique* — vont depuis celles qui existent certainement, mais que ne peuvent encore déceler nos moyens actuels d'investigation, jusqu'aux modifications structurales les plus caractérisées, histologiquement parlant, voire même jusqu'à l'encéphalite. Je le répète encore une fois, le syndrome neurasthénie, ainsi compris, se relie directement aux affections organiques du système nerveux.

Comment le surmenage seul, plus ou moins prolongé suivant les cas, avec son cortège d'émotions, d'anxiétés, de craintes, de préoccupations, peut-il, dans certaines conditions, même en dehors du terrain arthritique, provoquer la neurasthénie accidentelle ? Certainement par les troubles qu'impose l'émotivité — qui est, je vous le rappelle, une manière d'être cérébrale déjà pathologique — aux diverses grandes fonctions de l'économie : troubles cardiaques, respiratoires, hépatiques, gastriques, intestinaux, etc. ; sans compter les actions sur les glandes internes et la sécrétion interne des glandes ordinaires (testicules, ovaires, etc.), ces organes à action prépondérante dans les actes de la nutrition générale et dont les troubles, au point de vue où je me place, n'ont pas encore été étudiés. Peter, dans ses belles cliniques, avait déjà bien analysé ce mécanisme des émotions.

Et c'est par des moyens du même ordre que le *traumatisme* agit pour produire la névrose, type de la neurasthénie accidentelle. Non seulement, suivant les circonstances de

l'accident en lui-même, il peut causer un ébranlement plus ou moins accentué du système nerveux, mais encore, et surtout, il engendre une série d'états émotifs qui, par contre-coup et par le mécanisme que je viens de rappeler, amènent la dépression nerveuse avec tout son cortège. Bien entendu, suivant l'état organique dans lequel le traumatisme surprend l'individu, les conséquences de ce traumatisme, intrinsèquement parlant, sont très différentes. Mais c'est là une question clinique sur laquelle j'aurai à revenir ; elle est très importante à bien connaître, surtout depuis la loi sur les accidents du travail. En tout cas, elle ne change rien à la question pour qui se place au seul point de vue de la pathogénie.

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 16 1907

Une remarque très générale doit maintenant être présentée, la suivante : prenez, séparément, chacune des causes occasionnelles ou des causes déterminantes de la neurasthénie-syndrome, ou bien associez-les, plus ou moins nombreuses et à telle ou telle dose que vous voudrez, vous n'arriverez pas, dans certaines conditions déterminées, à produire l'affection, car il est des individus tout à fait réfractaires à l'action de ces causes. Ceux-là, même arthritiques, qui ont la *maîtrise* d'eux-mêmes, qui dominent leurs émotions, qui les gouvernent au lieu d'être conduits par elles, en un mot ceux qui ont le cerveau puissant, solide, échappent à la neurasthénie. Ces cas se voient ; en voici un exemple :

J'ai dans ma clientèle un homme de soixante-quatre ans, syphilitique ancien, artério-scléreux notable, uricémique, tabétique à la seconde période. Des circonstances de famille, indépendantes de sa volonté, l'ont obligé, pour sauver une situation très compromise, d'ajouter aux très importantes affaires qu'il dirige depuis longtemps et qui déjà, par elles-mêmes, demandent un travail acharné de dix-huit heures sur vingt-quatre, avec de grosses responsabilités, d'énormes soucis, etc., d'autres affaires non moins importantes, non moins considérables. Eh bien ! il suffit à tout ; il est là, enfermé la plus grande partie de la journée dans un bureau

sans air, surveillant tout ce qui se passe dans ses magasins, avec un téléphone permettant de dicter ses ordres à chaque instant, mais ne lui laissant pas une minute de répit. Croyez-vous qu'il soit devenu neurasthénique ? Pas du tout ; il m'accueille toujours avec le même entrain, la même joie, et quoique son surmenage ait sensiblement augmenté son incoordination, jusqu'à le rendre presque tout à fait impotent des membres inférieurs, il n'en conserve pas moins sa maîtrise, parce qu'il ne se laisse pas dominer par les événements.

Je pourrais vous citer d'autres exemples plus ou moins analogues à celui-ci et tous les médecins en ont vu de semblables. Pourquoi en est-il ainsi ? Pour le comprendre, Messieurs, il faut faire entrer en ligne de compte la *prédisposition* héréditaire ou acquise. Je me suis déjà bien des fois expliqué sur le sens que j'attache à ces mots ; je n'y reviendrai donc pas longuement. Oui, en dehors des causes ordinaires pouvant conduire à la neurasthénie, il y a une manière d'être des individus qui se juge par le coefficient de résistance de leur système nerveux, résistance que nous ne pouvons connaître que par les résultats. Sans nul doute, les émotifs offrent plus de prise que les autres ; l'observation de tous les jours le montre. On peut dire que *l'émotivité* (qui centuple les phénomènes physiques et psychiques de l'émotion et trouble profondément l'appareil sensitif, en faisant que les perceptions sont au maximum), par un véritable choc en retour, en exagérant encore l'impressionnabilité naturelle, représente, du moment où elle s'associe à *l'arthritisme,* le terrain de choix pour l'éclosion du syndrome neurasthénie. Il en est ainsi parce que, sur ce terrain particulier, une série de causes peuvent amener la diminution de la résistance nerveuse, par l'adultération des éléments constitutifs du système nerveux, adultération consécutive à l'intoxication, ce mot étant pris dans son sens général. Je sais bien que cette façon d'envisager les choses n'est guère

en rapport avec certaines idées modernes qui ne voient dans la neurasthénie qu'une manière d'être mentale, mais je reste convaincu, avant comme après ces travaux, que la clinique oblige à comprendre les choses comme je viens de vous l'indiquer. Dans tous les cas, retenez que le mot « Neurasthénie », à mon idée, n'a qu'une signification ; il exprime une manière d'être du système nerveux pouvant survenir dans des circonstances très différentes, et cette manière d'être trahit la faiblesse irritable de celui-ci, son hypofonctionnement.

***

Si les vues pathogéniques que je viens de développer, en conformité d'idées avec la majorité des auteurs, sont justes — et je les crois telles — là où je me sépare de la plupart d'entre eux, c'est quand ils élèvent le *syndrome* neurasthénie au rang d'une maladie. Que prouve-t-il, ce syndrome ? L'atteinte plus ou moins profonde, plus ou moins durable des neurones, amenant la *dépression nerveuse générale,* caractérisée par les symptômes physiques et psychiques que vous connaissez bien. Cette dépression nerveuse générale s'observe dans des conditions très diverses et s'ajoute aussi bien à des maladies purement névrosiques qu'à d'autres organiques, sans compter que, parfois, elle indique simplement un tempérament particulier, ayant fléchi dans des conditions qu'il faut chercher. Et ce sont ou ces conditions, ou les maladies dans le cours desquelles l'affection se développe, qu'il importe avant tout de connaître pour juger de la gravité de la situation, pour asseoir un *pronostic* raisonné. Il est de ces syndromes neurasthéniques qui guérissent rapidement et pour toujours ; il en est d'autres qui durent très longtemps ; tout dépend de ce qu'il y a derrière la neurasthénie, tout dépend de son point de départ.

Dans tous les cas, le *syndrome neurasthénie*, délimité comme je viens d'essayer de le faire, doit être, avant tout, soigneusement distingué des deux grandes psycho-névroses qu'on appelle la « psychasthénie et l'hystérie ». Il est non moins important de ne pas le confondre avec certaines formes atténuées des maladies mentales qui, si atténuées qu'on les suppose, ne concernent pas moins des aliénés. Je reviendrai plus utilement sur cette question de diagnostic différentiel lorsque je vous aurai exposé ma manière de voir concernant la psychasthénie et l'hystérie.

***

La limitation du *syndrome neurasthénie*, comme je le comprends, permet de poser des bases précises pour le traitement de la dépression nerveuse.

Il me faut d'abord vous rappeler que la clinique et la pathogénie imposent au médecin deux grandes variétés de *syndromes neurasthéniques :* ceux qui coexistent avec une exagération de la tension artérielle et ceux où l'on note surtout de l'*hypotension*. M. de Fleury a remarquablement exposé cette importante question de la tension artérielle chez ces malades et il en a tiré des conséquences fort judicieuses. Il a fait voir que, dans le premier cas, l'hypertension est synonyme d'une intoxication ; les humeurs, alors, renferment en excès des toxines : acide urique, chlorure de sodium, etc. Or, l'irritabilité du système nerveux, dans ces conditions, cède rapidement au régime et à la médication et, souvent, parallèlement, on voit disparaître les autres éléments du syndrome, même les phénomènes psychiques.

Vous n'attendez pas de moi que j'entre dans les détails de la médication ; vous les trouverez dans tous les classiques et plus particulièrement dans l'excellent livre de M. de Fleury : « *Les grands syndromes neurasthéniques* ». Elle peut, d'ail-

leurs, se résumer en quelques mots : régime lacté, exclusif pendant quelques jours ; laxatifs et diurétiques légers suivant indications ; éliminations cutanées favorisées par les frictions sèches et les sudations, naturelles (de préférence) ou artificielles, par l'exercice sagement conduit ; emploi de la médication vaso-dilatatrice d'après les règles posées par Huchard, ayant pour base la trinitrine et ses dérivés.

Quand il y a *hypotension* artérielle, c'est qu'il existe une dépression nerveuse d'une autre nature, engendrée par un terrain différent. Dans ce cas, ce qu'il faut, avant tout, c'est de relever les forces, d'aider la nutrition, d'augmenter le ton du système nerveux, d'activer toutes les fonctions.

Vous parviendrez à remplir ces indications en surveillant avec le plus grand soin l'alimentation, en faisant qu'elle soit vraiment réparatrice sous un petit volume, en stimulant l'appétit, en remontant la tension nerveuse. Quelques médications peuvent être employées dans ce but : injections sous-cutanées des divers sérums salins, phosphates sous diverses formes, etc. Mais ce sont surtout les agents de la physicothérapie qui réussissent en pareil cas. Ces agents sont souvent de merveilleux moyens à l'aide desquels on peut agir efficacement sur le dynamisme nerveux. Très supérieurs, en général, aux produits pharmaceutiques, qui d'ordinaire sont mal supportés par la catégorie de neurasthéniques que je vise en ce moment, ils permettent de remédier aux troubles circulatoires et à leurs conséquences, ainsi qu'à la diminution du pouvoir trophique des cellules nerveuses. Ils comprennent l'hydrothérapie, les bains d'acide carbonique que l'on peut rendre, en les maniant bien, toni-sédatifs et reconstituants ; la mécanothérapie ; la massothérapie, avec ou sans vibrations, suivant les cas ; l'électrothérapie sous tous ses modes et plus particulièrement les courants alternatifs de haute fréquence. Ces courants — l'expérience de tous les jours en témoigne — agissent d'une façon remarquable sur la circulation générale et sur le potentiel nerveux qu'ils semblent bien remonter. Je

ne me hasarderai pas à chercher pourquoi il en est ainsi, n'aimant pas, par nature, les explications hypothétiques ; je constate simplement les faits en clinicien.

La radiothérapie, appliquée depuis quelques années déjà, me paraît être un excellent adjuvant du traitement électrique. L'expérience a montré que les vibrations des rayons rouges, bien tolérées en général, remontent les forces et modifient la sensibilité en la ramenant à sa manière d'être physiologique. Bref, vous le voyez, la *physicothérapie* nous fournit une série de moyens que le médecin fera varier à son gré en les adaptant à chaque cas particulier, en les coordonnant d'une façon raisonnée et prudente ; ainsi il pourra agir efficacement contre les principaux symptômes du *syndrome neurasthénie*.

***

Je n'ai, jusqu'à présent, envisagé que le côté somatique du traitement du syndrome neurasthénie ; il me reste à vous dire quelques mots de celui qui s'adresse à l'élément psychique, à l'état mental, ce dernier dérivant de la dépression nerveuse et pouvant, par un choc en retour, agir puissamment sur les diverses fonctions organiques déjà troublées. Ce qu'il faut que vous sachiez bien, c'est que cet état mental, pour consécutif qu'il soit, n'en a pas moins une importance de premier ordre, souvent capitale pour la cure du syndrome.

Le médecin, en face du déprimé ou de l'intoxiqué du système nerveux, doit réveiller son énergie, faire appel à sa volonté, avant tout calmer son impressionnabilité, diminuer ses préoccupations, son insécurité, ses craintes le plus souvent chimériques. Il y arrivera en l'écoutant patiemment et avec bienveillance, en raisonnant avec lui, en lui expliquant les causes de sa situation, comment les phénomènes se sont produits, comment ils s'enchaînent, comment la signification qu'il leur donne est fausse, et pourquoi elle est fausse. Ainsi il parviendra à le convaincre une première fois. Et pour peu

que, grâce à cette action salutaire du raisonnement, jointe à l'action bienfaisante de la médication, il y ait une détente, le malade reprendra courage, se soumettra plus volontiers aux conseils qui lui sont donnés, parce qu'il aura la sensation de la fin possible de son pénible état ; et, de lui-même, il remontera sa volonté, si puissante en pareil cas, pour le mener vers le but qu'il cherche à obtenir, c'est-à-dire vers la guérison. Ai-je besoin de vous faire observer qu'il importe qu'aucun raisonnement contraire à celui du médecin ne soit tenu au malade par la famille ou par d'autres personnes. Pour arriver à ce résultat, il sera souvent nécessaire de pratiquer l'isolement. Charcot a écrit sur ce chapitre des pages admirables qui seront toujours vraies ; mais je n'envisage aujourd'hui la question du traitement que dans ses grandes lignes, me réservant d'y revenir longuement lorsque, dans une prochaine leçon, j'étudierai l'ensemble des moyens, bien anciens déjà, que l'on a réunis sous le nom de « *psychothérapie* ».

***

J'ai essayé, Messieurs, dans cette leçon, de vous montrer que le contour flou et indécis de l'affection que l'on connaît, depuis Beard, sous le nom de « neurasthénie », venait de ce que cette dénomination ne s'appliquait pas à une maladie véritable ; qu'il s'agissait, dans l'espèce, purement et simplement d'un *syndrome ;* que ce syndrome pouvait se rencontrer dans des affections très diverses, psycho-névrosiques ou organiques ; qu'il n'avait qu'une seule signification, imposée par sa symptomatologie : il veut dire, tout uniment, épuisement nerveux, avec toutes ses conséquences. Pathogéniquement, ce syndrome me paraît se rattacher, comme Régis l'enseigne, aux affections lésionnelles du système nerveux, celles-ci entièrement curables, dans la majorité des cas, par un ensemble de moyens à la fois physiques et psychiques. Or,

tout autre m'apparaît la grande psycho-névrose connue depuis les travaux de Janet sous le nom de « *Psychasthénie* ». C'est, précisément, l'incorporation au « syndrome neurasthénie » de la plupart des symptômes de la psychasthénie qui a créé le géant informe et démesuré qu'est la « neurasthénie » des auteurs modernes. Je pense établir la légitimité de ces diverses propositions dans ma prochaine leçon en étudiant spécialement la « psychasthénie ».

LA PSYCHASTHÉNIE

(Psycho-névrose autonome) [1]

Ma leçon d'aujourd'hui va être consacrée à l'étude d'une maladie dont le nom est tout récent, puisqu'il lui a été donné, il y a quatre ou cinq ans environ, par M. P. Janet, mais dont les symptômes les plus saillants sont depuis longtemps connus. Cette maladie est la *Psychasthénie*, et les principaux symptômes qui la constituent sont les obsessions et impulsions, les phobies, les angoisses, les tics, les aboulies, etc.

Je viens de vous dire que certains de ces symptômes — et particulièrement les obsessions — sont connus depuis très longtemps. Ils ont été décrits surtout, et bien décrits, par les aliénistes, notamment par Esquirol, Billod, Falret père et fils, Morel, Baillarger, Griesinger, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, Westphal, B. Ball, Tamburini, Magnan, etc. ; Charcot leur a aussi consacré quelques études.

Ce qui caractérise la plupart de ces travaux, d'une grande valeur descriptive, c'est qu'ils n'envisagent guère qu'un symptôme ou un syndrome isolé, considéré à tort comme une maladie spéciale et distincte. C'est ainsi que l'on a édifié successivement la *folie du doute*, le *délire du toucher*, l'*agoraphobie*, la *dipsomanie*, la *kleptomanie*, etc. On a essayé, cependant, à plusieurs reprises, de grouper tout ou partie de

(1) *Bulletin médical*, 1907, nos 30 et 36.

ces nombreux états morbides, de façon à constituer des espèces cliniques plus ou moins autonomes. Une de ces premières tentatives est due à Morel, qui, pour établir son « Délire émotif », mettait au premier plan les crises d'angoisse, mais négligeait un peu trop l'état mental et les obsessions. M. Magnan et ses élèves, insistant sur les rapports cliniques et pathogéniques qui relient tous ces états entre eux, leur dénient toute individualité en tant que maladies et les considèrent comme de simples *syndromes de la dégénérescence mentale*. Malheureusement, sous cette dénomination, plus anthropologique que nosologique, ils rangent également une foule d'autres états complètement différents et par leurs symptômes et par leur évolution. Enfin, nous avons publié, avec le Dr Arnaud (de Vanves), en 1892, un travail sur l'aboulie, les obsessions interrogatives et les troubles du mouvement, qui est un essai de synthèse limitée aux faits décrits sous les noms de *folie du doute* et de *délire du toucher*.

Nous nous sommes appliqués, dans ce travail, à démontrer, d'une part, que ces états, considérés à tort comme de nature distincte, ont des caractères psychologiques identiques, le doute étant l'équivalent intellectuel de l'hésitation de la volonté et de l'incertitude des mouvements ; d'autre part, que les obsessions et les phobies relèvent d'une même pathogénie, qu'elles « supposent la même altération initiale, qu'elles réposent sur un fond commun qui en est la condition et la raison d'être ; ce fond commun est un trouble primitif et général de l'activité psycho-motrice du *dynamisme mental*, et il se caractérise par l'hésitation et l'incertitude dans les *idées*, dans les *actes* et les *mouvements* en général, par la *difficulté d'adaptation des opérations mentales aux faits extérieurs*.

J'aurai l'occasion, au cours de cette leçon, de revenir plusieurs fois sur ces idées qui touchent à la partie fondamentale de la conception de la Psychasthénie et qui, dans leur

ensemble, ont été confirmées et précisées par les beaux travaux de M. Janet, ainsi que par les recherches que nous avons poursuivies en commun sur les *Idées fixes* et sur la *Psychasthénie*.

Je mentionnerai enfin les travaux plus récents, mais fort importants, de M. Séglas et de MM. Pitres et Régis sur les obsessions et les impulsions ; j'aurai à vous les rappeler souvent, chemin faisant.

La question n'était donc pas nouvelle quand M. Janet l'a abordée. Mais ce qui fait le grand mérite et, comme l'a dit M. Pitres, « l'étonnante originalité » des travaux de M. Janet, c'est la conception d'ensemble qu'il propose de la Psychasthénie. Il y englobe tous ces symptômes que l'on décrivait séparément avant lui, et dont le rapprochement est justifié par l'analogie ou l'identité de leurs caractères psychologiques. Il montre que ces symptômes, qui ont attiré plus particulièrement l'attention, ne sont que l'expression de troubles plus profonds et généralement méconnus, et qu'il faut, en conséquence, établir une hiérarchie symptomatique, à complication décroissante, pour arriver enfin à l'altération primordiale, élémentaire, capable d'expliquer tous les autres. M. Janet généralise les faits, mais du même coup il précise et délimite les contours de la nouvelle maladie, échappant ainsi à l'objection que nous faisions à l'excessive généralisation de M. Magnan. L'originalité de M. Janet n'est pas moindre, elle est même plus « étonnante » encore, dans les études et analyses psychologiques par lesquelles il légitime sa théorie. Personne n'avait encore creusé ce sujet comme il l'a fait. De cet état mental si complexe des *psychasthéniques*, plein de détours infinis et d'apparentes contradictions, il a, permettez-moi l'expression, démonté pièce à pièce le mécanisme, de façon à nous montrer clairement, dans le détail, chacun des innombrables rouages qui le composent et les réactions qu'ils exercent les uns sur les autres dans l'expression symptomatique générale.

C'est surtout d'après les idées de M. Janet que je vous exposerai l'histoire de la Psychasthénie. Il pourra m'arriver de n'être pas d'accord avec lui sur toutes les questions, mais cela presque uniquement par suite de la différence de nos points de vue, M. Janet se tenant de préférence sur le terrain de la psychologie, tandis que je m'attacherai plus particulièrement à celui de la clinique.

Ceci dit, j'aborde sans plus tarder l'exposé des symptômes de la Psychasthénie. J'en tenterai ensuite la définition.

Symptômes de la Psychasthénie

Ils sont très nombreux et complexes, les uns d'ordre somatique, les autres, de beaucoup les plus importants, d'ordre psychique. Ce sont ces derniers que nous étudierons tout d'abord.

A. — Symptomes psychiques

Ce sont les symptômes psychiques qui caractérisent l'état psychasthénique ; on peut, à l'exemple de M. Janet, les répartir en trois groupes principaux, d'après leurs analogies :

a) Les *obsessions*, les idées qui s'imposent à la conscience des malades, en dépit de leur volonté, d'une manière plus ou moins irrésistible et qui s'accompagnent d'une certaine angoisse et, souvent, d'impulsions.

b) Les *opérations psychologiques*, distinctes des idées proprement dites, mais également irrésistibles (mouvements diffus, tics systématisés, émotions angoissantes, ruminations mentales, etc.). Ces opérations, à la fois excessives et inutiles, sont appelées par les Allemands « processus forcés » (Zwangsprocessus) et par M. Janet *agitations forcées*.

c) Les manifestations d'*insuffisance psychologique :* senti-

ments d'irréalité, d'impuissance, d'incomplétude ; aboulies et altération des fonctions.

Obsessions et impulsions. — Les idées obsédantes sont extrêmement variées chez les psychasthéniques. Cependant, il est intéressant d'observer qu'elles sont presque toujours de nature triste, pénible. M. Janet les classe en cinq groupes, d'après leur contenu, c'est-à-dire d'après la nature des préoccupations maladives : obsessions du *sacrilège*, du *crime*, de *la honte de soi*, de *la honte du corps*, *hypocondriaques*.

Ces groupes sont très voisins et se pénètrent souvent les uns les autres. On voit qu'ils correspondent aux scrupuleux, aux timorés, à ceux dont l'obsession enveloppe une préoccupation morale. Mais il est une catégorie d'obsessions qui ne s'y trouve pas représentée ; ce sont les obsessions sous forme de questions ou d'interrogations sans signification, et qui constituent proprement le *doute systématisé*. Certains sujets sont tourmentés, quelquefois pendant toute leur vie, par des préoccupations de la nature de celles-ci : Pourquoi les arbres sont-ils verts ? Pourquoi les hommes ne sont-ils pas aussi grands que les maisons ? Pourquoi l'arc-en-ciel est-il de sept couleurs ? D'autres sont obsédés par le besoin impérieux de compter tous les objets qui s'offrent à leur vue : les boutons des vêtements de leur interlocuteur, les fenêtres des maisons, les passants, les arbres de la route. D'autres encore éprouvent le besoin de vérifications spéciales, le besoin de s'assurer, à chaque instant, que leur mouchoir, leur montre, leur porte-monnaie, sont bien à leur place, que leurs dents ne remuent pas, etc. M. Janet sépare ces préoccupations des obsessions vraies, parce qu'elles ne correspondent pas à des idées précises, et il les range dans les « agitations forcées ». Chaque auteur a, d'ailleurs, sa classification, suivant son point de vue particulier.

S'il n'est pas du tout indifférent, au point de vue pratique et social, qu'un malade soit obsédé par les couleurs de l'arc-

en-ciel ou bien par l'idée du meurtre ou du suicide, le classement des obsessions d'après leur contenu n'a, en nosologie, d'autre valeur que celle de points de repère facilitant l'étude de ce fouillis de symptômes Le contenu des obsessions n'a rien qui soit réellement spécial aux psychasthéniques. La *forme* des obsessions, c'est-à-dire leurs *caractères*, a une toute autre importance, puisque ces caractères permettent précisément de distinguer les obsessions psychasthéniques des obsessions hystériques ou autres. C'est pourquoi j'insisterai particulièrement sur les caractères spéciaux des obsessions chez nos psychasthéniques.

On est d'accord pour reconnaître à ce genre d'obsessions les caractères suivants .

1° L'obsession est *involontaire* et *automatique* ; la volonté est également incapable de l'empêcher de naître et de la faire disparaître. Tantôt elle se montre brusquement et sans préparation, tantôt elle est annoncée par une sorte d'*aura*, par des prodromes que le malade connaît bien et qui l'avertissent de la venue de la crise. Elle dure plus ou moins longtemps, pour disparaître d'ordinaire rapidement et rendre à l'esprit sa liberté. C'est en ce sens que l'on peut dire de l'obsession qu'elle est *irrésistible* et envahissante, malgré tous les efforts que peut lui opposer le malade.

2° L'obsession est étrangère au cours normal des idées, et elle l'entrave gravement. Elle n'apparaît pas comme la suite logique d'une opération actuelle ; elle ne s'intercale pas naturellement dans une série où elle aurait des antécédents et des conséquences ; elle envahit l'esprit tout entier, à la manière d'un parasite, s'imposant despotiquement à l'attention, accaparant toute l'activité intellectuelle. Sous son influence, le malade est incapable de penser à autre chose, et c'est à peine s'il vous entend quand vous lui parlez. Il est remarquable que les idées obsédantes sont souvent aussi en contradiction avec les idées et les sentiments habituels des

sujets : tel sera obsédé par l'idée de tuer la personne qu'il aime le plus au monde ; tel autre, profondément religieux, est cruellement tourmenté par le désir de commettre un acte sacrilège ou obscène contre Dieu ou contre la Vierge, etc. « En un mot, dit M. Janet, ils sont toujours obsédés par la pensée qui leur fait le plus horreur ».

3° Un autre caractère important de l'obsession est sa ténacité, sa longue durée et l'extrême facilité de sa réapparition. Elle présente des rémissions et des paroxysmes, mais elle reste de longues années sans disparaître réellement. Il est des malades qui sont ainsi obsédés pendant toute leur vie, et souvent, affirme J. Falret, l'obsession ne change pas de nature ; elle se manifeste par une idée toujours la même, qui réagit sur tous les actes, sur toute la conduite, qui modifie toute la manière de vivre « au point de rendre les malades incapables de toute autre préoccupation ».

Tout ce qui a un rapport direct ou indirect avec son objet réveille l'obsession assoupie ; mais l'association qui amène ce réveil est souvent si détournée, si peu appréciable, que — M. Janet le fait remarquer avec beaucoup de justesse — l'automatisme seul ne peut expliquer d'une manière satisfaisante cette facilité de rappel. Il semble bien que la volonté y contribue indirectement, surtout quand l'état obsédant est déjà un peu ancien. Et, en effet, lorsque la maladie a duré un certain temps, l'obsession crée une sorte *d'état de besoin psychologique ;* les malades ne peuvent plus se passer d'elle, bien qu'ils s'en plaignent amèrement et qu'ils en souffrent ; cela changerait toutes leurs habitudes, et ils ont le changement en horreur Plus ou moins consciemment, ils s'attachent à leur mal, par crainte du pire. « En réalité, dit encore M. Janet, la permanence de l'idée n'est pas chez les scrupuleux un fait aussi automatique que chez les hystériques ; il résulte d'un effort permanent pour maintenir l'attention sur une même idée ; c'est une sorte de *manie de la fixité des idées* ».

4° Un des caractères essentiels de l'obsession est d'être *consciente*, d'être reconnue par le malade comme une idée morbide. Non seulement il la juge morbide, mais assez souvent il ne semble pas la prendre au sérieux, il la trouve « drôle ». Tous les auteurs ont insisté sur ce caractère qui offre, en effet, une très grande importance et qui a fait ranger les obsessions dans la *folie lucide*, dans la *folie avec conscience*. Dans son rapport présenté au Congrès international en 1889, J. Falret résumait la doctrine classique dans les termes suivants : « Les malades ont parfaitement conscience de leur état ; ils reconnaissent la nature maladive des phénomènes qu'ils éprouvent ». Il y a lieu, cependant, de faire des réserves, non pas sur la réalité de cette conscience critique des obsédés, mais sur *son degré*. Plusieurs observateurs, notamment M. Séglas, M. Janet, M. Arnaud ont montré que, pendant les crises, et même dans les périodes de calme, la conscience des malades reste partiellement troublée, qu'une partie au moins des phénomènes morbides qu'ils présentent échappe à leur critique. « Le délirant du toucher, dit M. Séglas (*Leçons cliniques*), qui se lave indéfiniment les mains pour avoir effleuré un bouton de porte ou rencontré un enterrement, peut-il passer pour avoir eu, à ce moment, la conservation de toute sa conscience ? » « Il serait excessif de soutenir, dit M. Arnaud (*Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de M. G. Ballet), que la conscience est intacte pendant la crise obsédante, que le malade se juge comme s'il était tout à fait normal. C'est un peu comme si l'on admettait qu'il est malade sans l'être. Beaucoup de malades disent que leur intelligence est comme dans un brouillard ; ils ne se rendent pas un compte exact de leurs pensées et de leurs actes. Quand on peut vivre dans l'intimité d'un obsédé, on remarque bientôt certains troubles que le malade ignore, *même pendant ses périodes de calme*... Il est certains détails qu'un observateur attentif révèle au malade au lieu de les connaître par lui, etc. »

En résumé, la conscience critique de l'obsession, chez les psychasthéniques, est incontestable, mais elle est altérée comme les autres fonctions mentales, elle est obscurcie pendant les crises et elle reste incomplète même en dehors des crises. Il n'est donc pas légitime, comme l'ont fait certains auteurs, d'introduire « *l'intégrité de la conscience* » dans la définition de la Psychasthénie. Lorsque la maladie se prolonge, on peut voir la conscience critique s'affaiblir de plus en plus et un véritable délire compliquer l'obsession.

Malgré ces réserves nécessaires, le contraste reste notable entre la conservation, même relative, de la conscience, et le développement des symptômes morbides, et ce caractère de l'obsession psychasthénique conserve une très haute importance.

5° Un autre caractère important de l'obsession est la *tendance à l'acte*, qui peut avoir des conséquences pratiques si considérables. Quand cette tendance est très accusée, l'idée obsédante est appelée *impulsive*. Toutes les idées obsédantes sont impulsives, à un degré quelconque ; Ball les appelait des *impulsions intellectuelles*. Il n'y aurait donc pas lieu, théoriquement, de séparer l'impulsion de l'obsession, mais, en clinique et en pratique, il y a d'énormes différences dans l'énergie de cette tendance, et il me semble impossible de ne pas considérer les impulsions comme un sous-groupe ou une variété des obsessions en général.

La tendance à l'acte, la force impulsive de l'obsession est-elle *irrésistible*, comme on le dit souvent ? Les malades le répètent volontiers, mais les faits démontrent qu'il y a là beaucoup d'exagération. Morel avait déjà signalé, chez ses émotifs, l'absence fréquente d'exécution dans les impulsions au suicide et à l'homicide. Nous avions noté, avec M. Arnaud, que « si les tendances impulsives sont à peu près constantes, les impulsions franches, nettes, *véritablement irrésistibles*, manquent souvent. Les tentatives de suicide sont rares, le suicide *effectif* plus rare encore ». M. Séglas, MM. Pitres et

Régis pensent également que les obsessions sont beaucoup moins irrésistibles que ne le disent quelques auteurs, d'après les affirmations de certains obsédés. M. Janet insiste fortement sur cette absence d'exécution de l'acte, comparée à la réelle irrésistibilité des impulsions hystériques. Sur plus de deux cents cas d'obsession criminelle qu'il a observés, il n'a jamais noté aucun accident réel, il n'a jamais vu aucun crime commis, aucun suicide accompli par un de ces obsédés ; « il faut qu'il y ait dans ces obsessions une bien faible tendance à passer à l'acte », conclut M. Janet. Le plus souvent, en effet, la tendance impulsive est victorieusement combattue par les malades, et parfois au moyen de procédés dont l'efficacité serait bien minime contre une impulsion vraiment irrésistible. Je vous rappellerai entre autres ce malade de Marc, à qui il suffisait de se lier les pouces avec un ruban pour triompher de l'impulsion homicide ! On voit qu'il y a toujours une part d'exagération, et comme un certain artifice dans les idées des psychasthéniques.

Il ne faudrait cependant pas exagérer et dénier à ces malades le pouvoir d'agir, d'exécuter, sous l'influence de leurs impulsions, des actes difficiles et dangereux. Certaines impulsions semblent plus particulièrement efficaces, par exemple la *kleptomanie* (impulsion au vol), la *dipsomanie* (impulsion à boire), les impulsions génésiques. Mais on peut expliquer ce fait par l'intervention d'un élément indépendant de l'obsession et qui ajoute son influence à la sienne : l'attrait de la possession ou la manie de la collection chez le kleptomane ; le besoin de l'excitant alcoolique chez le dipsomane ; l'énergie de l'instinct sexuel chez le perverti génital. D'autre part, on a relevé un assez grand nombre de suicides de psychasthéniques ; M. Séglas, MM. Pitres et Régis en citent plusieurs exemples. J'en ai observé quelques-uns, et dans les tentatives, plus nombreuses encore, qui échouent, on n'est pas toujours autorisé à penser que le malade n'avait pas tout fait pour réussir. On peut, il est vrai, se demander si le suicide

est bien, dans ces cas, le résultat d'une impulsion ou s'il n'est pas dû plutôt au chagrin, au désespoir causé par une situation intolérable. Je crois, avec les auteurs précédents, que c'est là, en effet, le cas habituel. Malgré tout, en présence d'un psychasthénique obsédé par une idée de suicide ou de meurtre, il est prudent de n'être ni trop sceptique sur l'exécution de l'acte, ni trop confiant dans l'impuissance du malade à le réaliser.

6° Un dernier caractère de l'obsession serait, d'après de nombreux observateurs, son incompatibilité avec l'hallucination. Il n'est plus possible aujourd'hui de soutenir une opinion aussi exclusive. Buccola, Tamburini, Stefani, Séglas, Catsaras, Féré, Laroussinie, ont rapporté d'assez nombreux exemples d'obsessions hallucinatoires et d'hallucinations obsédantes. Nous en avons cité un cas avec M. Arnauld ; MM. Pitres et Régis, M. Janet en ont produit également un certain nombre. Cependant, ces hallucinations se distinguent par quelques caractères des hallucinations véritables, qui consistent dans l'objectivation d'une image et dans la croyance à sa réalité extérieure. Nous avions noté, avec M. Arnaud, que chez ces malades l'hallucination était l'objectivation d'une *idée*. M. Féré la considère comme une hallucination du *sentiment*. MM. Pitres et Régis partagent cette manière de voir et ils appellent ces hallucinations des hallucinations *représentatives*. M. Janet les considère plutôt comme des *pseudo-hallucinations*, comme des hallucinations *symboliques*, représentant non pas un objet réel, mais une situation mentale obsédante ; il cite plusieurs exemples de malades qui ne croient pas complètement à la réalité extérieure de ces tableaux hallucinatoires, et il en conclut que les psychasthéniques ne sont pas plus capables d'avoir des hallucinations vraies que des impulsions réellement irrésistibles : c'est encore, dit-il, une sorte de *maladie de l'hallucination* plus que l'hallucination réelle.

Cependant, on peut observer chez ces malades des hallu-

cinations tout à fait semblables à celles des délirants ordinaires. Mais alors les sujets ne sont plus des obsédés purs, ils présentent des complications délirantes. Je reviendrai sur ces faits à propos des terminaisons de la psychasthénie par le délire.

Processus forcés des allemands (zwangs-processus) : *Agitations forcées de Janet.* — Dans les divers syndromes obsédants ou impulsifs, les auteurs décrivent des phénomènes différant des obsessions proprement dites, mais qui ont, comme elles, ce caractère d'être involontaires et plus ou moins irrésistibles. Ce sont des *manies* très diverses, le besoin de la *répétition*, la *rumination mentale* de Legrand de Saulle, des tics, des mouvements inutiles, des phobies, des angoisses plus ou moins nettes. Pour les distinguer des véritables idées obsédantes, les Allemands englobent tous ces symptômes dans le terme de *Processus forcés* M. Janet, considérant que « ces opérations forcées sont des opérations de pensée, d'acte, d'émotion, à la fois excessives, stériles et d'ordre inférieur », les désigne par l'expression « *d'agitations forcées* ». A la condition d'éliminer l'idée de phénomène musculaire que cette expression présente tout naturellement à l'esprit et qui n'est justifiée que pour quelques-uns de ces symptômes, on peut admettre, faute de mieux, la dénomination de M. Janet. On pourrait objecter, il est vrai, que ces symptômes ne sont pas plus *forcés*, ni plus *excessifs et stériles* que les obsessions, mais il suffit, pour légitimer la distinction, qu'ils soient, psychologiquement « d'ordre inférieur ».

M. Janet les divise en trois groupes, « suivant qu'il s'agit surtout de *pensées*, de *mouvements*, ou de *phénomènes émotionnels* », en remarquant que « dans chaque groupe, l'agitation peut se présenter d'une *manière systématique* ou d'une *manière diffuse* ». Il y a donc des *agitations mentales*, des *agitations motrices* et des *agitations émotionnelles*.

Les principales agitations mentales systématiques, ou manies mentales, sont les manies de l'interrogation, de l'hésitation, de la précision et de l'ordre, les manies arithmétiques (arithmomanie), les manies du symbole, de la recherche, de l'explication, de l'expiation, des pactes, etc. C'est dans cette catégorie que M. Janet fait rentrer les obsessions de doute, ou obsessions interrogatives, qui, pour lui, ne sont pas des obsessions d'idées. Je ne suis pas de son avis, et je pense que si *l'état général de doute,* qui se rencontre chez tous les obsédés, a sa place légitime parmi ces agitations inférieures, les obsessions interrogatives, qui portent sur l'idée d'un objet ou sur une idée métaphysique, doivent être regardées comme des obsessions vraies. Au même titre que les autres, elles déterminent des « agitations forcées » secondaires, des ruminations, des précisions, des recherches, des pactes, etc. Les agitations mentales diffuses consistent en un mélange, en une combinaison des précédentes manies, sur lesquelles l'activité de l'esprit s'exerce d'une manière irrésistible et s'épuise sans arriver à un résultat utile, à une conclusion quelconque, à une croyance ou à un acte. C'est à cette agitation stérile que Legrand du Saulle avait donné le nom de *rumination mentale.* Elle consiste en ceci, qu'à propos d'un acte à accomplir, d'une décision à prendre, le malade ne peut s'empêcher d'envisager et de discuter en lui-même toutes les hypothèses, le pour et le contre, les conséquences possibles, tant et si bien que l'acte n'est pas accompli et que la résolution n'est pas prise. A un degré plus vague, cet état devient une sorte de *rêverie forcée,* sans point de départ appréciable et sans but, mais très fatigante pour le malade, qui ne peut y mettre un terme.

Les agitations motrices systématisées comprennent les différents *tics,* que M. Janet classe en *tics de perfectionnement* et en *tics de défense.* La plupart de ces tics ont des rapports plus ou moins directs avec les manies mentales, et, souvent, ils ne sont que de simples réactions provoquées

d'abord par une préoccupation obsédante et devenues ensuite des habitudes vicieuses. Les agitations motrices diffuses sont constituées par les crises d'efforts, de marche, de parole, et par des crises d'excitation généralisée, accompagnées d'actes de violence ou de mouvements si compliqués, si multipliés, qu'ils peuvent prendre l'apparence d'une chorée suraiguë ou d'une attaque de grande hystérie.

Les agitations émotionnelles ont attiré d'une manière toute particulière l'attention des observateurs, et elles ont, en effet, une très grande importance. Les émotions systématisées comprennent les innombrables *phobies*, ou craintes morbides, dont quelques-unes ont été considérées parfois comme des maladies distinctes. On a décrit l'agoraphobie, la claustrophobie, la métallophobie, l'aichmophobie (ou peur des objets pointus), l'hydrophobie, la toxicophobie, la rupophobie (crainte de la saleté), l'éreuthophobie (phobie de la rougeur), les phobies des fonctions organiques, des maladies, de la mort, la crainte morbide des animaux, etc. Vous en trouverez la liste, plus ou moins longue, dans tous les ouvrages un peu récents de pathologie mentale et dans le livre de M. Janet. Tout objet, toute idée, tout sentiment, toute image, tout souvenir même peut devenir le point de départ d'une crainte morbide. Un caractère commun à toutes ces émotions, c'est qu'à la répulsion pour un objet ou pour un acte s'ajoute une attraction, parfois très vive, pour cet objet ou cet acte : « Dès que l'on y pense, nous disait un de nos malades, on éprouve le besoin de faire ce que l'on redoute ». Ces tendances combinées, répulsion et attraction, sont une des causes de l'agitation et de l'angoisse qui accompagnent les phobies. Les émotions morbides peuvent être isolées (monophobie) ou multiples (polyphobie). Chez certains malades on observe un état anxieux généralisé qui apparaît au moindre prétexte ou même sans raison appréciable, qui s'accroche, en quelque sorte, à tous les faits, à toutes les idées que les circonstances font surgir tour à tour.

C'est *l'angoisse diffuse, attente anxieuse,* ou *panophobie,* que Freud a considérée à tort comme une maladie spéciale, qu'il appelle la *névrose d'angoisse.* Dans certains cas, l'angoisse est presque permanente, indépendante, au moins en apparence, de tout autre phénomène psychologique, et elle peut survenir même pendant le sommeil. Que la phobie soit diffuse ou systématique, elle s'accompagne de troubles physiologiques d'intensité variable : troubles cardiaques, respiratoires, digestifs, vertiges, spasmes, secousses musculaires, troubles vaso-moteurs, etc.

Stigmates psychasthéniques. — Le troisième groupe des symptômes psychiques de la psychasthénie est formé par les *stigmates psychasthéniques* de M. Janet. Indépendants de l'obsession et des opérations forcées, ils constituent l'état mental profond de ces malades et ils sont la raison d'être des autres symptômes plus apparents, mais aussi plus superficiels, que nous avons étudiés jusqu'à présent. Ils existent à l'état d'ébauche avant même l'éclosion de la maladie confirmée. Ils sont continus et persistent tant qu'elle dure, aussi bien dans les périodes de calme que pendant les paroxysmes. Ils sont à la psychasthénie ce qu'est la démence à la paralysie générale, et c'est justement que M. Janet a pu les appeler les *stigmates* de la psychasthénie. L'étude de ces symptômes est particulièrement difficile, parce qu'ils sont peu apparents, qu'il faut les chercher et les interpréter. Les uns sont *psychologiques,* les autres *physiologiques.*

I. Stigmates psychologiques. — Les stigmates psychologiques, de beaucoup les plus importants, forment deux catégories. Les premiers, purement subjectifs, se présentent à l'observateur « sous la forme de *sentiments* que ressent le sujet et qu'il exprime plus ou moins bien ». D'un terme incorrect, mais expressif, M. Janet appelle ces sentiments « sentiments d'incomplétude », pour marquer « le caractère

inachevé, insuffisant, incomplet, que les malades attribuent à tous leurs phénomèmes psychologiques ».

Les seconds stigmates psychologiques, plus objectifs, sont tous des symptômes d'insuffisance ; ils se révèlent dans la conduite et dans les actes des sujets qui, assez souvent, méconnaissent la nature de ces phénomènes pathologiques. Cette seconde catégorie comprend les troubles de la volonté et des actes, les troubles de l'intelligence et ceux des émotions et des sentiments.

a) *Sentiments d'incomplétude.* — Les psychasthéniques se plaignent tous d'être hésitants, irrésolus, timides, craintifs. Ils se sentent constamment dans un état d'infériorité psychologique. Ils s'exagèrent même cette infériorité, et l'on peut se demander si elle existe réellement, si elle est autre chose qu'une idée fixe d'humilité, de dépréciation de soi. Dès maintenant, je puis vous dire que l'infériorité de ces malades est réelle, car elle se manifeste, indépendamment de toute idée qu'ils peuvent en avoir, par de nombreux symptômes que nous étudierons plus loin. Les sentiments d'incomplétude se retrouvent dans l'action, dans les opérations intellectuelles, dans les émotions et dans la perception personnelle.

C'est dans l'action qu'ils s'accusent le plus nettement. L'idée seule d'un acte à accomplir effraye les malades, tant ils sont convaincus de leur impuissance à produire un résultat utile et complet. Ils ne peuvent rien faire comme tout le monde, ils se sentent perpétuellement comme *gênés aux entournures.* « Je ne puis faire le geste le plus simple avec aisance ; avec satisfaction », nous disait un de nos malades. Ce sentiment d'impuissance est naturellement porté à son maximum quand il s'agit d'actes ou nouveaux ou qu'il faut accomplir devant témoins, en public. Le sentiment de la décision, de la résolution manque à ce point aux psychasthéniques que, lorsqu'ils ont agi vaille que vaille, ils éprouvent assez souvent un *sentiment d'automatisme* plus ou moins

net : ils sont des machines, ce n'est pas eux qui agissent ; ils ne savent comment cela se fait, etc. Ce sentiment d'automatisme peut aller jusqu'à l'idée de domination par une force étrangère et entraîner de véritables idées de persécution. Dans les cas habituels, le sentiment d'impuissance dans l'action a pour conséquences un mécontentement de soi, de l'humilité, de la honte, un profond découragement et, parfois, une complète inertie. Mais les malades souffrent de ce sentiment d'impuissance qui peut ainsi devenir l'origine de crises d'agitation et d'angoisse.

Les mêmes difficultés, les mêmes insuffisances sont accusées par les malades dans l'exercice des fonctions intellectuelles. Le travail de l'esprit leur apparaît à peu près impossible ; ils ne peuvent essayer de fixer leur attention sans éprouver une anxiété pénible ou même de l'agitation ; ils sont incapables de suite et de fixité. Souvent, leurs perceptions leur semblent manquer de netteté, de précision ; les choses leur apparaissent comme éloignées, comme vagues, étranges (sentiments de *jamais vu* ou de *déjà vu,* d'étrangeté, de désorientation). Ils vivent dans un *état de doute généralisé,* d'incertitude universelle, qu'il ne faut pas confondre avec le *doute systématisé,* à forme d'obsession interrogative, et qui les oblige à recourir sans cesse au témoignage d'autrui pour arriver à une certitude fugace, qui leur échappe toujours. Ce besoin d'une *affirmation étrangère* avait été bien mis en lumière par les anciens observateurs, notamment par Baillarger et par J. Falret.

Les émotions présentent des insuffisances de même nature. Il n'est pas rare d'entendre ces malades se plaindre de la faiblesse de leurs émotions. Beaucoup disent ne rien sentir, ne s'intéresser à rien, n'aimer rien, ni personne, être devenus *indifférents* à tout. Cela semblerait indiquer déjà que l'on a exagéré l'émotivité des psychasthéniques. Plutôt que de véritables émotions, la plupart éprouvent une inquiétude vague, une sorte d'appréhension continuelle, analogue

à celle des mélancoliques, et qui leur est très pénible. Pour sortir de cet état de torpeur relative, ils sentent le besoin de s'exciter, de *faire des sottises,* comme ils le disent parfois, ne fût-ce que pour se donner la preuve qu'ils sont tout de même capables *de faire quelque chose.*

Enfin, la perception personnelle manque également, chez les psychasthéniques, de sa netteté ordinaire. Je vous ai déjà signalé les troubles de la conscience qu'ils présentent, à un degré d'ailleurs atténué. Le trouble peut se montrer sous la forme d'un sentiment d'étrangeté relatif à la personne du malade ; il se sent devenu *autre,* il doute de la réalité de ses perceptions et même de sa personne. C'est ce que M. Dugas a appelé *le sentiment de la dépersonnalisation*, qui accompagne assez souvent le sentiment de *déjà vu*, et qui peut aller jusqu'à un véritable dédoublement de la personnalité. Il ne faudrait pas croire qu'il s'agit là d'un phénomène semblable au dédoublement hystérique ; en réalité, c'est tout autre chose : le dédoublement hystérique est successif, alternant et *complètement ignoré du sujet ;* au contraire, le psychasthénique se *sent double*, et ses deux personnalités n'alternent pas, elles coexistent dans le même moment. L'altération peut être poussée encore plus loin ; la personnalité disparaît entièrement, et le sujet dit qu'*il est mort*, bien qu'il n'en ait pas du tout la conviction et qu'il agisse comme s'il se croyait parfaitement vivant.

b) *Insuffisances psychologiques.* — Je vous disais tout à l'heure que le sentiment d'inachèvement des phénomènes psychologiques, d'incomplétude, comme dit M. Janet, correspond à une réalité. Il reste à le démontrer en examinant, chez nos malades, les troubles de la volonté, de l'intelligence, des émotions et des sentiments.

Les troubles de l'activité volontaire sont les plus apparents. M. Janet les avait étudiés dans ses premiers travaux sur les aboulies et les idées fixes, et nous y avons particulièrement insisté, avec M. Arnaud, à propos de nos obsédés.

Ces troubles existent chez tous les malades, et leur apparition précède toujours la maladie confirmée. Les psychasthéniques sont primitivement gauches, lents et maladroits ; c'est un trait presque toujours relevé par leur entourage. Leurs mouvements, en général, sont inharmoniques, à la fois hésitants, brusques et inachevés. Les plus délicats sont naturellement aussi les plus altérés ; ils sont dissociés, fractionnés, et d'autant plus qu'ils sont moins habituels. La démarche même des malades est anormale : elle est guindée, sans aisance ni légèreté, tantôt trop lente et tantôt brusque et saccadée. Jusque dans les attitudes de repos, ces malades manquent d'aisance et de naturel ; ils affectionnent les poses les plus bizarres, les plus extraordinaires. Ces troubles du mouvement s'exagèrent dans les actes qui exigent une adaptation précise et délicate, les actes professionnels par exemple (aboulie professionnelle) ; dans les actes nouveaux, qui réclament une attention plus grande ; enfin, et peut-être surtout, dans les actes qui doivent être exécutés devant témoins, en public (aboulie sociale). L'aboulie ne se limite pas, d'ailleurs, aux actes nouveaux, qui exigent l'intervention actuelle de la volonté ; elle a des effets rétroactifs, elle atteint l'inconscient, les mouvements les plus familiers eux-mêmes, ceux que l'habitude avait déjà rendus automatiques. A la longue, les choses les plus simples deviennent inexécutables : « Je ne peux rien faire — nous disait une psychasthénique, malade depuis de longues années — pas même arranger mon feu, ni coudre, etc. Je puis encore commander, diriger, je ne puis faire les choses ».

Toutes ces altérations du mouvement sont les manifestations directes de l'*aboulie profonde*, qui constitue un des stigmates essentiels de la psychasthénie.

Les fonctions intellectuelles présentent des troubles de même nature, mais plus difficiles à constater. Ces sujets sont, pour la plupart, intelligents ; parfois ils ont des facultés supérieures, artistiques ou littéraires ; ils sont des psychologues

pénétrants. Le raisonnement, le jugement, les opérations *abstraites* de l'intelligence ne présentent pas de notable incorrection, mais il y a, dans le fonctionnement intellectuel, défaut d'impulsion, d'énergie et de stabilité. La faiblesse de l'attention est la première conséquence de cet état défectueux, et elle détermine secondairement des troubles variés. Ne trouvant pas en eux-mêmes le pouvoir d'application aux idées, les malades cherchent à obtenir cette application par des moyens détournés ; ils reviennent indéfiniment sur les mêmes sujets ; ils invoquent à tout propos le témoignage d'autrui ; c'est ce que J. Falret appelait le *supplice de la question*. Leur mémoire est souvent d'une étonnante précision, d'une minutie excessive ; mais cette minutie même indique un peu de lenteur, un retard dans l'évocation des souvenirs. Comme le dit M. Janet, les psychasthéniques ont un certain degré « de mémoire retardante », par trouble de l'attention dans la fixation des souvenirs. Cependant, l'amnésie vraie est, chez eux, tout à fait accidentelle. On peut admettre d'ailleurs — bien que le fait ne soit pas démontrable actuellement — qu'un retard analogue existe dans toutes les opérations intellectuelles de ces sujets. Buccola, Tamburini, P. Janet ont montré que leurs temps de réaction sont plus grands que chez les sujets normaux. C'est ainsi que s'explique la lenteur de compréhension que présentent un grand nombre de psychasthéniques. Ils ne peuvent ni lire, ni travailler, ni écouter longtemps sans perdre la liaison des idées et des faits : « Je ne puis suivre une conversation un peu vive, nous disait souvent une malade dont nous avons déjà parlé : des phrases m'échappent, je suis obligée de faire répéter, c'est comme une sensation de manque ».

Une autre conséquence du défaut d'attention est le peu de netteté des idées, leur imprécision, une tendance invincible à la rêvasserie, qui disperse l'esprit, substituée à la réflexion, qui le concentre et le fortifie. Les idées n'imposent plus la *croyance,* et c'est ainsi que se développent de plus en plus

ce doute fondamental et constant, cette hésitation continuelle, si caractéristiques de l'état mental des psychasthéniques. Chez quelques-uns d'entre eux, le vague de la pensée est si grand qu'à certains moments se produisent des suspensions de la conscience, avec disparition de la perception personnelle. Les malades disent qu'ils ont « perdu leurs idées », qu'ils « perdent la tête ». C'est une courte absence, pendant laquelle les sujets sont visiblement sans rapport aucun avec la réalité, et d'où ils sortent plus ou moins troublés. M. Janet donne à ce symptôme le nom « d'éclipse mentale », et il lui reconnaît, avec juste raison, une grande importance. J'en ai observé plusieurs exemples, et je pense aussi que ces effacements momentanés de la perception personnelle jouent un rôle considérable dans la psychologie des psychasthéniques, en particulier dans la constitution de leurs délires.

Comme les actes et comme l'intelligence, les émotions et les sentiments sont altérés dans la psychasthénie, et ils le sont de deux manières différentes.

D'abord, ils n'atteignent pas leur développement complet, et ils se développent avec lenteur. Les émotions sont presque toujours *rétrospectives ;* l'émotivité des psychasthéniques est *retardante,* comme leur mémoire. Je vous ai déjà montré que l'on a sensiblement exagéré l'émotivité de ces malades ; je partage sur ce point l'avis de M. Janet. Il est exact qu'ils vivent dans un état d'appréhension et d'inquiétude dont ils souffrent ; il est encore exact qu'ils réagissent avec excès envers les préoccupations morbides ; mais les émotions étrangères à leurs obsessions glissent sur eux sans les pénétrer bien profondément ; ils sont peu accessibles aux émotions normales, qu'elles soient agréables ou pénibles. Et quand ils disent qu'ils ne s'intéressent plus à rien, qu'ils sont devenus indifférents, ils expriment, en l'exagérant à leur tour, un fait réel, à savoir une sorte d'arrêt des sentiments et des émotions de l'ordre normal.

La seconde altération émotionnelle de ces malades consiste

en des modifications des sentiments normaux habituels, modifications qui résultent des troubles que nous avons déjà constatés dans l'action et dans l'intelligence. M. Janet énumère avec détail ces diverses modifications morales. Les plus importantes sont des *tendances mélancoliques,* tenant au sentiment qu'ont les malades de la gravité de leur état ; le *besoin de direction,* sur lequel insistait J. Falret, qui porte les malades, par suite de la conscience de leur infériorité psychologique, à rechercher l'appui d'autrui, à solliciter des conseils et des directions, même pour les choses les plus futiles ; le *besoin d'être aimés,* né du sentiment de leur faiblesse ; le *besoin d'excitation,* très voisin du précédent, et qui pousse les malades à rechercher, non plus un soutien moral, mais un excitant artificiel (morphine, alcool, etc.) ou une excitation intellectuelle (lectures particulières, évocation de certaines idées excitantes, etc.), capables de leur donner une énergie factice et momentanée, de les sortir de leur torpeur habituelle. M. Janet signale encore l'*amour de l'honnêteté* et le *besoin d'autorité,* qui semble d'abord en contradiction avec le besoin de direction, mais qui s'explique par l'horreur de ces sujets pour la lutte, pour toutes les complications, et par le besoin de protection.

II. — Insuffisances physiologiques. — L'importance et la complexité des symptômes psychologiques détournent souvent l'attention du médecin, dans l'examen des psychasthéniques, des troubles proprement physiologiques, existant à peu près chez tous ces malades. Ce sont les *symptômes physiques* de la psychasthénie, que je vous exposerai dans un instant. Ces symptômes n'ont rien de spécifique ; on les retrouve avec les mêmes caractères dans toutes les grandes névroses. Mais on aurait grand tort de les négliger, car ils montrent que les psychasthéniques ne sont pas du tout des malades imaginaires, en dépit de toutes leurs bizarreries et de leurs contradictions ; que la psychasthénie est, en réalité,

une maladie générale, dont les symptômes psychologiques sont en relation avec des altérations organiques variées, et qu'il y aurait, par conséquent, le plus grand intérêt à connaître la nature de ces relations. Enfin la connaissance de ces symptômes physiques, sur lesquels notre thérapeutique peut agir efficacement, nous aidera à comprendre le traitement et à rendre de réels services aux malades.

B. — Symptômes physiques

Les signes physiques ou somatiques de la psychasthénie sont, d'une manière générale, les mêmes que ceux de la neurasthénie et, suivant les cas, ils varient de la simple fatigue nerveuse à l'épuisement caractérisé. Ils affectent le système nerveux, les fonctions digestives, circulatoires, génitales, vaso-motrices, etc.

Les symptômes nerveux le plus généralement observés sont des *névralgies* diverses dans la tête, sur le tronc et les membres ; les douleurs céphaliques sont les plus fréquentes et les plus tenaces. Ce qui est encore plus habituel que les névralgies véritables, ce sont des *sensations bizarres,* que les malades expriment dans un langage extrêmement imagé et peu clair, en parlant de plénitude et de tension dans leur crâne, ou bien de ballottement et de vide, de craquements, d'écroulements, de serrement aux tempes et à la nuque. Les *éblouissements* et les *vertiges* ne sont pas rares. L'insomnie est fréquente.

Les troubles *digestifs* sont constants. Ils sont principalement caractérisés par la lenteur des digestions, avec gonflement, renvois, pyrosis, constipation habituelle, haleine fétide ; en un mot, par les signes de l'atonie gastro-intestinale. Quelquefois, on observe une véritable *boulimie ;* les malades ont la sensation que les aliments tombent brusquement dans leur ventre, sans apaiser la faim, et ils éprouvent le besoin incessant de manger.

Du côté de l'appareil circulatoire, on note souvent l'hypotension artérielle ; le rythme cardiaque est très variable et les palpitations, sous l'influence des émotions, sont fréquentes. Il y a, habituellement, des alternatives plus ou moins rapprochées de rougeur et de pâleur de la face, des bouffées de chaleur après les repas.

Parmi les troubles vaso-moteurs et secrétoires, on observe souvent des sueurs abondantes, localisées surtout à la paume des mains et à la tête ; de la séborrhée du visage, diverses éruptions cutanées (acné, herpès), la sécheresse de la peau. On a noté aussi l'hypoacidité urinaire.

Les fonctions génitales sont ordinairement amoindries, l'érection est incomplète et l'éjaculation prématurée ; il y a, assez souvent, un certain degré de spermatorrhée. Mais, à propos du trouble de ces fonctions, il est assez difficile de faire le départ entre ce qui est vraiment physiologique et ce qui relève de l'état mental.

Dans les cas graves, les troubles de la nutrition sont plus accusés, il y a un amaigrissement parfois considérable et un état fébrile plus ou moins caractérisé. Même dans les cas moyens ou légers il existe toujours un affaiblissement général de l'organisme, un manque d'énergie et un défaut de résistance à la fatigue. Ces symptômes traduisent l'insuffisance nerveuse généralisée qui constitue, en dernière analyse, le fond même de la psychasthénie.

Évolution de la maladie

Je vous ai montré à quel point les symptômes de la psychasthénie sont multiples, variés et complexes. Malgré sa longueur, la description que je vous en ai présentée reste encore fort sommaire. Pour compléter cette étude et vous donner une connaissance plus précise du malade, il me reste maintenant à vous montrer comment apparaissent, se développent et se combinent ces différents symptômes, en d'au-

tres termes, à vous exposer l'évolution et les principales formes cliniques de la maladie.

La psychasthénie peut apparaître à tout âge. On l'a vue survenir avant cinq ans et après soixante-dix ans. Mais, dans la très grande majorité des cas, elle débute dans la jeunesse ou dans l'adolescence, et elle se montre chez des sujets qui, avant d'être des malades confirmés, étaient depuis longtemps des anormaux : enfants impressionnables, timides, hésitants, toujours un peu mous et sans initiative, facilement dominés par leurs camarades, ne se mêlant pas à leurs jeux, presque toujours gauches et maladroits dans les exercices du corps, ayant assez souvent des tics et des gestes particuliers, bizarres ; au moral, songeurs, méticuleux jusqu'à la manie, scrupuleux à l'excès, s'exagérant toujours l'importance de leurs petites fautes et, en même temps, d'humeur mobile et irritable. Ainsi que l'avaient déjà bien vu les premiers observateurs, c'est d'ordinaire à l'époque de la puberté, ou peu après, que la situation se précise et que se montrent les symptômes nettement morbides. Très fréquemment, ils affectent la forme de *scrupules,* naissant à l'occasion des circonstances les plus diverses : négligences dans les devoirs de l'écolier, par exemple ; assez souvent, pratiques d'onanisme ; faute accidentelle quelconque, mais qui prend des proportions énormes dans l'esprit du sujet ; choc émotionnel, de nature variable ; parfois aussi influence de certaines lectures ou conversations sur des sujets de religion ou de morale ; quelquefois, enfin, ces scrupules apparaissent sans motif appréciable, et par suite de la seule tendance aux scrupules. C'est presque toujours à une de ces circonstances plus ou moins banales que les psychasthéniques rattachent le début réel de leur maladie. Il n'est pas besoin de vous dire qu'il n'y a là aucune notion étiologique. Ces faits n'ont d'autre valeur que celle d'un point de repère intéressant. Ils sont vraiment trop insignifiants pour donner naissance à des symptômes aussi nombreux et aussi graves. Le mécanisme était prêt à

fonctionner ; l'incident émotif ne représente que la chute du *déclic* permettant la mise en marche.

Les symptômes se succèdent avec une rapidité très variable suivant les cas. L'altération des mouvements devient plus évidente, l'incertitude et l'hésitation intellectuelle augmentent, les réactions émotives s'accroissent, etc. A peu près en même temps surviennent les agitations forcées : actes bizarres, lavages des mains, recherches angoissantes, besoin incessant de vérifications inutiles et sans résultat, préoccupations tyranniques, tendance à la rumination et à la rêverie. Plus ou moins vite, enfin, apparaissent les obsessions et les phobies, c'est-à-dire les symptômes les plus différenciés. La maladie est alors pleinement confirmée et constituée. Cette succession des phénomènes morbides, qui n'a, d'ailleurs, rien de régulier, est ordinairement d'une durée assez longue, lorsque la maladie débute de bonne heure ; elle peut demander plusieurs années. Quand le début est plus tardif, à l'âge adulte, la succession est plus rapide et l'ensemble symptomatique peut se développer en quelques semaines.

Une fois constituée, la maladie a une marche essentiellement rémittente ; elle présente des *périodes de calme* et des *accès* plus ou moins nombreux et rapprochés.

Dans les périodes de calme, les symptômes fondamentaux, essentiels de la maladie, ses *stigmates*, subsistent constamment, bien qu'à un degré atténué Les sujets conservent un affaiblissement sensible de la volonté, une continuelle irrésolution, une faiblesse générale de l'attention, qui rend difficile ou impossible l'effort intellectuel soutenu. Ils restent maniaques dans leurs habitudes, maladroits et gauches dans toute leur manière d'être ; ils ne peuvent s'empêcher de faire, à chaque instant, des mouvements inutiles et ridicules, ni se débarrasser de leurs tics ; enfin, ils gardent cette sorte de *panophobie* caractéristique pour tout ce qui est, à un degré quelconque, inconnu ou simplement imprévu ; ils gardent aussi leurs tendances mélancoliques et hypocondriaques.

très développées chez certains d'entre eux. Ces périodes de calme, ces rémissions sont d'autant plus marquées que leur durée est plus longue, et elle peut être de plusieurs années. Dans ces cas, le malade est souvent considéré comme guéri, sauf par son entourage ; il peut exercer correctement sa profession ; ce sont les faits de ce genre qui ont permis de contester, malgré sa constance, l'aboulie du psychasthénique. Mais lui-même ne s'y trompe pas, car ces périodes de repos sont toujours coupées de mauvais moments qui semblent annoncer le retour des accès et, en outre, les obsessions et les phobies, si elles n'existent plus à l'état d'activité, n'ont pas disparu de la conscience du malade ; elles subsistent à l'état de tendance, de potentiel.

L'*accès* est caractérisé par l'accentuation brusque de tous les symptômes et surtout par le développement de l'obsession et de l'angoisse. Le trouble de l'esprit est à son maximum ; le malade est comme crispé sur son obsession ou sa phobie, et hors d'état de penser à autre chose. C'est à peine s'il perçoit comme dans un rêve ce qui se passe autour de lui. Sa physionomie est absorbée, son visage habituellement congestionné. Il éprouve un sentiment d'anxiété générale très pénible, la respiration est oppressée, la gorge serrée, les mouvements sont saccadés et disproportionnés, les tics existants s'exaspèrent. Tantôt, le malade est agité, ne peut rester en place, pousse des gémissements, exécute toutes sortes de gestes plus ou moins ridicules, traduisant ses manies de réparation, de préservation, de conjuration. Tantôt, au contraire, il paraît inerte, n'ose risquer un mouvement ; le regard trouble, un peu hébété, il rougit et pâlit tour à tour, il marmotte des paroles indistinctes, etc. Chez certains sujets, on observe des *phénomènes vertigineux* très marqués. L'accès se prolonge pendant un temps variable, puis, assez rapidement, tout se calme, le malade reprend conscience de son état et du milieu, et il éprouve un soulagement, un apaisement, sur lequel certains auteurs ont beaucoup insisté. Ils

considèrent cet apaisement comme le résultat de la soumission à l'idée obsédante, comme la satisfaction que causerait l'accomplissement de l'acte impulsif; à mon avis, il n'est pas autre chose que la détente nerveuse naturellement consécutive à la disparition de la crise.

Il n'est pas sans intérêt de noter qu'il n'existe pas un rapport proportionnel entre l'intensité de l'angoisse et la nature de l'idée obsédante, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer *à priori*. Un agoraphobe éprouvera une angoisse effroyable à la vue ou même à la seule idée d'un vaste espace vide. Un phobique du contact ne pourra, sans trembler, toucher une pièce de monnaie ou un bouton de porte. L'angoisse ne sera pas plus forte, elle pourra être moindre chez un autre malade obsédé par une impulsion au meurtre. Pour le dire en passant, cette constatation n'est pas de nature à fortifier la théorie qui attribue à l'idée l'influence prépondérante dans l'obsession.

La crise obsédante se produit dans les circonstances et sous les influences les plus diverses, parfois sans autre cause déterminante que les dispositions intérieures du sujet. Tantôt elle surgit brusquement, tantôt elle s'annonce par des prodromes auxquels le sujet ne se trompe pas. Dans ce dernier cas, les obsédés s'appliquent souvent à la prévenir, à la retarder ou à diminuer son intensité au moyen d'artifices variés, de procédés indirects qui sont de véritables *moyens de défense*. Ils cherchent, par exemple, à se distraire par la conversation ou par la lecture, en s'appliquant à un exercice physique, à un travail absorbant. Ils se mettent à chanter, à gesticuler d'une façon désordonnée ; quelques-uns demandent à l'eau-de-vie l'énergie qui leur manque, etc. Tous ces procédés ne leur donnent, d'ailleurs, que des résultats minimes, d'autant plus incertains que la maladie se prolonge davantage.

Les symptômes constitutifs de l'accès, les obsessions, les phobies, les angoisses n'affectent pas l'entier fontionnement

de l'esprit. Ils ne sont liés qu'à certaines séries de pensées et d'actes, et c'est cette sorte de *systématisation* obsédante qui donne à chaque cas particulier sa physionomie individuelle. Il y a là un caractère distinctif important entre les symptômes fondamentaux de la maladie, ceux que nous considérons comme ses *stigmates*, et les obsessions, qui sont, en quelque sorte, des phénomènes de perfectionnement. Les stigmates se retrouvent, à quelque degré, dans toutes les manifestations mentales ; ils sont nécessaires et suffisants pour constituer la maladie Les obsessions et les phobies ne se manifestent qu'à propos de certaines idées et de certains actes ; leur disparition ne ferait pas cesser la maladie. Il est quelquefois possible d'expliquer la formule de l'obsession par une circonstance accidentelle, presque toujours une émotion vive, ou par le milieu et les habitudes du malade, mais, bien souvent, on ne retrouve aucune influence extérieure qui puisse expliquer le contenu de l'obsession.

Chez certains malades, il n'y a qu'une obsession ; chez d'autres, il en existe plusieurs en même temps, mais l'une d'elles est ordinairement prédominante. C'est, le plus souvent, la première en date. Une même obsession peut durer pendant de longues années, pendant toute la vie du malade, suivant J. Falret. Mais il n'est pas rare de voir disparaître des obsessions ou des phobies, qui cèdent la place à d'autres. Toutes les combinaisons s'observent à cet égard.

Il me reste, pour terminer l'étude de la psychasthénie, à étudier ses formes cliniques, à définir, à préciser le diagnostic, le pronostic et enfin le traitement.

Formes cliniques

Les psychasthéniques se ressemblent beaucoup par les symptômes essentiels et profonds de leur maladie. Ce qui les différencie principalement les uns des autres, ce sont les symptômes les plus apparents, mais aussi les plus superfi-

ciels c'est-à-dire les obsessions. Il existe, à ce point de vue, des prédominances de symptômes assez marquées pour donner aux malades une physionomie particulière, et assez stables pour permettre de distinguer des *variétés cliniques* de la Psychasthénie. Il me semble que l'on pourrait admettre au moins *six* de ces variétés :

I. *Les douteurs.* — Ce sont les sujets chez lesquels les idées obsédantes sont le moins précises, affectent la forme d'un besoin général de l'esprit (manie de la recherche, de l'explication) plutôt que celle d'une idée distincte. Les *compteurs* (arithmomanes, onomatomanes, etc.) feraient partie de cette variété. Au point de vue pratique et social, par rapport aux conséquences directes que peut avoir la maladie, cette variété serait la moins grave, c'est-à-dire la moins dangereuse, mais elle serait peut-être la plus tenace et la plus fixe au point de vue clinique.

II. — *Les scrupuleux* formeraient une seconde variété. Ce qui les caractérise, c'est que leurs obsessions enveloppent toujours une préoccupation morale. Les manies des pactes, des conjurations, des réparations, des symboles, sont particulièrement développées chez les scrupuleux. On observe aussi, chez eux, une tendance assez fréquente à l'*automutilation*.

III. — Une troisième variété comprendrait les *criminels*, c'est-à-dire les malades obsédés par l'idée du vol, du meurtre, du suicide, etc. Dans cette variété, les tendances impulsives sont plus accentuées que dans les précédentes, mais, ainsi que je vous l'ai déjà dit, elles passent assez rarement à l'acte. Il conviendrait cependant de faire une exception pour la tendance au vol ou kleptomanie, à laquelle les malades cèdent — cela paraît démontré — plus facilement qu'à l'impulsion au meurtre.

IV. — Viennent ensuite les *toxicomanes* (dipsomanes,

morphinomanes, éthéromanes, etc.), chez lesquels l'impulsion semble être vraiment irrésistible, ou tout au moins passe très facilement à l'acte. Sans doute convient-il, pour expliquer cette impulsivité particulière, de faire intervenir, ainsi que je vous l'ai indiqué, l'état de besoin organique créé par le toxique et qui ajoute son action indirecte à l'influence directe de l'obsession.

V. — Une cinquième variété serait représentée par les *pervertis génitaux*. Il serait d'autant plus légitime de distinguer cette variété que la question des perversions sexuelles serait à reprendre complètement, en raison des confusions de toute nature qui l'obscurcissent. On pourrait objecter qu'il n'y a pas lieu de créer une catégorie ou variété spéciale pour les obsédés génitaux, puisqu'ils rentrent, tout naturellement, dans celle des criminels. Mais, d'une part, les manifestations symptomatiques sont ici d'une nature si particulière qu'elles se distinguent par elles-mêmes ; d'autre part, ces malades sont parmi les plus impulsifs ; ils le sont autant, si ce n'est plus, que les toxicomanes. Je vous rappelle ici encore que l'on peut expliquer cette impulsivité exceptionnelle par l'énergie de l'instinct auquel s'applique l'obsession.

VI. — La sixième variété clinique de la psychasthénie résulte du mode de développement des symptômes plutôt que de leur nature. C'est la *psychasthénie délirante*, qui me semble mériter une description particulière. Il ne faut pas la confondre avec les complications ou les terminaisons délirantes de la maladie. Ici, les symptômes habituels conservent leurs caractères, mais ils sont portés rapidement, et parfois dès le début, jusqu'au délire confirmé. Au lieu d'une variété délirante unique on pourrait, d'ailleurs, admettre, pour chacune des cinq premières variétés, une variété simple et une variété délirante.

Mais je tiens à vous répéter qu'aucun de ces groupes cliniques n'est rigoureusement distinct et exclusif des autres ;

que chacun d'eux est seulement légitimé par la prédominance de certaines manifestations durables, à côté et comme au-dessous desquelles peuvent fort bien coexister certaines des manifestations plus particulières aux autres groupes, et qu'enfin d'innombrables combinaisons peuvent s'effectuer entre eux. J'ajoute que les symptômes fondamentaux, essentiels, les stigmates de la psychasthénie, se retrouvent identiques dans ces différentes variétés. Celles-ci n'ont pas d'autre utilité que d'introduire quelques points de repère et de détacher quelques traits dans le tableau si complexe de cette grande psycho-névrose.

Psychasthénie délirante. — La psychasthénie délirante résulte du développement excessif, au début ou dans la période aiguë de la maladie, des sentiments et des idées ordinaires des psychasthéniques. Le plus souvent, ce sont les obsessions de scrupule et de crime qui aboutissent ainsi au délire. Je vais vous en donner tout de suite quelques exemples :

Une jeune fille, scrupuleuse depuis l'enfance — que je suis depuis sept ans maintenant — est successivement obsédée par la crainte du sacrilège et du vol ; elle a des phobies multiples, des impulsions, du trouble des mouvements et des agitations anxieuses ; elle en arrive à se croire dangereuse pour les siens. Vers l'âge de vingt ans, elle perd son père, et elle éprouve un profond chagrin. Bientôt, elle déclare qu'elle a empoisonné son père et qu'elle l'a ensuite coupé en morceaux. Comme on lui démontre qu'elle n'a pu, matériellement, commettre ce prétendu crime, elle dit qu'en effet ce n'est pas elle qui a découpé le cadavre, mais qu'elle a soudoyé pour cette besogne un « apache ». Elle affirme, en outre, qu'elle a fait mourir plusieurs autres personnes, qu'elle sort, la nuit, pour déterrer et profaner des cadavres, etc., etc. Elle est un monstre abominable, et il faut qu'elle meure. Elle écrit au Parquet pour se dénoncer et réclamer une

enquête. Elle fait plusieurs tentatives de suicide très sérieuses, avale une broche, des épingles, des fragments d'un verre qu'elle a brisé avec ses dents (on a retrouvé les fragments dans les selles). Elle présente enfin des altérations profondes de la personnalité, des *éclipses mentales*. Par exemple, elle demande parfois à son infirmière : « Suis-je bien là, dans la chambre ? Ne suis-je pas sortie ? Etes-vous bien là, devant moi ? » On est obligé de l'interner, de la surveiller nuit et jour, de lui mettre la camisole. Pour toutes les choses ordinaires, cette jeune fille vit dans un état constant de doute et d'incertitude dont elle a conscience, et qui se manifeste par des actes et des questions inutiles, indéfiniment répétés. Au contraire, quand elle parle de ses prétendus crimes, elle est affirmative jusqu'à la véhémence, elle lève les mains pour jurer qu'elle est coupable, ses yeux s'emplissent de larmes ; si on la contredit. elle redouble l'énergie de ses affirmations. D'ailleurs fort intelligente, elle parle avec finesse et bon sens de tout ce qui est étranger à ses obsessions et, dans ses moments de calme, il *serait impossible de soupçonner qu'elle ait l'esprit réellement troublé.*

Voici un autre exemple :

Jeune homme de vingt-deux ans, également scrupuleux depuis l'enfance, obsédé à seize ans par des préoccupations génitales, par la crainte de faire des choses immorales avec des femmes, avec ses sœurs, et même avec des animaux. Il a de nombreuses phobies, toutes sortes de manies qu'il juge absurdes ; il est dans un état constant de doute et d'incertitude, et il en a conscience. Il est lent et maladroit dans toutes ses actions. A dix-huit ans, ses craintes se sont transformées en idées délirantes. Il affirme qu'à chaque instant il fait ce qu'il appelle des « sottises » : il souille les femmes qu'il rencontre dans la rue, à distance ; il souille aussi les chiennes ; il commet des « saletés » avec des hommes, il

projette son sperme à distance à travers son pantalon et, plusieurs fois, il a « vu » nettement les taches du sperme qu'il venait de répandre sur les vêtements de ces personnes. Là ne se bornent pas ses idées délirantes. Il dit encore qu'en se promenant, dans le voisinage des voies de tramways et de chemin de fer, il lance, avec ses pieds, des cailloux qui font dérailler les trains, etc., etc. Sur tout cela, il est aussi affirmatif que possible. Quand on essaie de lui prouver l'absurdité de ses idées, il s'irrite et affirme plus énergiquement encore. Il se considère comme un « être abject », comme une « affreuse canaille », dit qu'on devrait le tuer. Il a eu des idées de suicide et il a fait des tentatives. Comme la jeune fille précédente, il a des troubles graves de la perception personnelle. Il est intelligent, instruit, et il paraît à peu près normal dans ses moments de calme.

Je pourrais vous citer d'autres exemples du même genre, mais ceux-là suffisent à vous montrer ce qu'ont de particulier ces délires. Vous trouverez un assez grand nombre de faits analogues dans le livre de M. Janet. Ces délires présentent plusieurs caractères intéressants. D'abord, ils sont d'une énorme absurdité, en contradiction flagrante avec les données des sens, avec les faits matériels, avec toutes les possibilités. On n'observe rien d'aussi choquant dans les grands délires vésaniques. Cela rappelle tout à fait, comme le dit M. Janet, le *jeu des combles*. En second lieu, cette absurdité contraste violemment avec la *conservation presque complète de la conscience*, avec *l'intégrité du raisonnement sur tous les autres sujets*. De plus, il est curieux de rencontrer des affirmations aussi énergiques chez des malades qui, sur tout le reste, hésitent, doutent, ne peuvent jamais arriver à une conviction. Enfin, il est intéressant de noter que parfois, assez souvent même, en dehors des moments de crise, ces malades ne semblent pas prendre tout à fait au sérieux les méfaits dont ils s'accusent ; ils éclatent de

rire quand ils en parlent ; ils paraissent trouver que « c'est très drôle ».

Ces malades sont-ils sincères ? Il semble difficile de le contester, en présence de la conformité des actes aux idées. La jeune fille qui s'accuse d'avoir tué son père, sait très bien que c'est précisément parce qu'elle dit cela qu'elle est condamnée à une véritable claustration, à une surveillance de jour et de nuit, à la contrainte physique, enfin à une existence très misérable. Et elle continue de s'accuser !... Bien plus, elle recherche la mort avec acharnement, parce que « ses crimes » la rendent indigne de vivre ! Le jeune homme qui s'accuse de bestialité, de sodomie, souffre de la même manière pour ses idées. L'internement lui paraît insuffisant pour l'empêcher de se livrer à des turpitudes ; il demande à être enfermé dans un étroit cachot, derrière de très hautes murailles. Chose encore plus probante, sa conviction apparaît dans les actes les plus ordinaires, à propos desquels on ne peut croire qu'il joue une comédie. Par exemple, quand il aperçoit de loin une femme ou un chien, il se détourne vivement et fait un long détour pour les éviter ; dehors, il marche toujours la tête baissée, examinant le sol, et il fait, à chaque instant, de brusques écarts, de façon à éviter les pierres qu'il pourrait lancer au loin et qui feraient dérailler un train.

Ces malades conforment donc bien toute leur conduite à leurs idées, et il semble que leur conviction soit entière. Et cependant il y a beaucoup de raisonnement dans ces délires psychasthéniques !... On y démêle une sorte d'entraînement consenti, quelque chose d'artificiel, comme une *manie d'accusation* et aussi comme une *manie de logique*, appliquée à des choses que les malades comprennent mal ; autant de traits qui se retrouvent dans la plupart de leurs opérations mentales. Les éclipses de la personnalité doivent jouer un rôle considérable dans ces évolutions délirantes. En définitive, malgré les apparences, je ne pense pas que l'on puisse

admettre, pour ces délires, un degré de conviction comparable à celui des grands délires vésaniques ; l'idée délirante du psychasthénique n'est jamais complètement acceptée, assimilée par le moi du malade.

Pour les diverses raisons que je viens de vous développer, je crois donc qu'il y a lieu de décrire séparément, chez les psychasthéniques, des idées délirantes qui, avec l'excès en plus, offrent tous les caractères des idées ordinaires de ces malades, et qu'il faut distinguer ce délire, *proprement psychasthénique,* sur lequel on n'a pas assez insisté, des autres modalités délirantes que peut présenter la maladie et qui n'en sont que des complications ou des terminaisons.

Terminaisons. — Complications. — Pronostic

Quelle que soit la variété clinique envisagée, si le malade est abandonné à lui-même sa situation s'aggrave progressivement ; les symptômes se compliquent et s'enchevêtrent de plus en plus ; l'infériorité psychologique s'accuse toujours davantage ; un nombre d'idées de plus en plus grand entre successivement dans la sphère du doute ; l'incertitude et l'hésitation caractérisent toutes les réactions de l'esprit ; l'impuissance d'agir ne fait que croître, les crises d'agitation et d'angoisses se multiplient, et les moments de calme se font toujours plus rares et moins satisfaisants. Le malade s'ingénie cependant de toutes manières à éviter tout ce qui peut fournir un prétexte à ses obsessions. Instinctivement, il restreint de plus en plus son existence, le cercle de ses relations, ses occupations professionnelles ; il en arrive à ne plus sortir de chez lui. Il devient plus susceptible et plus irritable ; son entourage doit se plier à ses innombrables manies qui finissent par envahir tous les détails de l'existence quotidienne et la rendent intolérable. Cette tendance des malades à simplifier à l'excès leur existence, à éliminer tout ce qui

exige l'effort et la lutte, aboutit à une sorte d'*ascétisme*, assez imprévu, qui a été bien indiqué par M. Janet.

Vous comprenez aisément combien un pareil état est incompatible avec la vie sociale, avec l'exercice d'une profession quelconque. Il entraîne aussi des conséquences très fâcheuses pour la santé générale, le malade négligeant entièrement toutes les règles de l'hygiène. C'est alors qu'il n'est pas très rare de voir le psychasthénique, tout à fait découragé et désespéré, recourir au suicide qui le délivrera de son mal. Cependant, cette terminaison de la maladie par l'auto-suppression du malade n'est pas fréquente, si elle n'est pas tout à fait exceptionnelle.

Assez souvent, dans les formes graves et aux périodes avancées, l'état obsédant se complique de troubles délirants d'une autre nature et la psychasthénie aboutit à l'aliénation mentale confirmée. Je dois vous faire connaître l'état de cette question des rapports de l'obsession et du délire, question encore discutée aujourd'hui.

J. Falret, M. Magnan et plusieurs autres observateurs ont soutenu que les obsessions n'aboutissent jamais au délire proprement dit. Il semble que l'opinion contraire tende à prévaloir. Sans doute, la grande majorité des psychasthéniques ne versent pas dans l'aliénation mentale caractérisée, mais l'apparition d'idées délirantes véritables — c'est-à-dire que les sujets ne croient pas maladives — est bien loin d'être exceptionnelle. Krafft-Ebing, Maynert, Wille, Emminghaus, Krœpelin, Tuczeck, Morselli, Friedmann, Y. Mickle, Schüle, Séglas, Pitres, Régis, et bien d'autres, en ont rapporté des observations probantes. La forme de beaucoup la plus fréquente est celle d'idées *mélancoliques* ou de *persécution*.

« Par exception, disent MM. Pitres et Régis, une de ces malades tomba dans un état de stupeur hallucinatoire et impulsive, qui s'est terminé par une sorte de manie chronique persistant depuis plusieurs années ». Sur 400 observations d'obsédés, ces auteurs ont relevé *huit cas* de psychose avérée

et *onze cas* de psychose de transition. Il s'agissait tantôt d'une simple association de l'obsession avec le délire, et tantôt du passage direct et progressif de l'obsession à la folie. M. Arnaud exprime une opinion semblable, mais il est « porté à croire que, dans le plus grand nombre des cas, il s'agit d'une simple complication ».

M. Janet considère également comme non douteuse la transition de l'état obsédant à l'état délirant : « Sur mes 300 observations, écrit-il, je connais 23 malades qui ont versé, soit dans l'aliénation mentale proprement dite, soit dans des états très approchants. J'ai même le sentiment que ce chiffre est tout à fait insuffisant ». En dehors de la mélancolie anxieuse, M Janet a observé d'autres formes psychopathiques, venant compliquer la psychasthénie : les états extatiques, la confusion mentale et la démence précoce. On peut encore observer des états psychasthéniques associés à ces formes mal définies de trouble mental, rangées sous l'étiquette de « folie morale ».

La terminaison de ces cas de psychasthénie associée à des formes délirantes d'une autre nature est variable ; ordinairement, elle est conforme au mode de terminaison habituel de ce délire surajouté.

La psychasthénie non traitée, ou mal traitée, aboutit à une chronicité complète, compliquée ou non de délire. Mais, sous l'influence d'un traitement convenable, la maladie ne se termine généralement pas d'une manière aussi fâcheuse. Dans les cas les moins favorables, elle reste à peu près stationnaire, traversant des alternatives de calme et de paroxysmes. Dans d'autres cas, assez nombreux, on obtient une amélioration notable portant essentiellement sur les obsessions, les phobies, les agitations anxieuses ; cette amélioration permet au sujet d'exercer sa profession, de vivre d'une suffisante existence sociale. Parfois enfin, on peut observer, sinon une guérison réelle — les stigmates de la maladie persistant toujours à quelque degré — tout au moins une

guérison *pratique*, compatible avec une existence normale.

Ces améliorations, de degré inégal, ne sont, d'ailleurs, pas absolument stables. Il est fréquent d'observer, sous des influences diverses, des retours offensifs de la maladie qui viennent rappeler au sujet la permanence d'un état précaire et la nécessité d'un régime normal, d'une règle de vie surveillée attentivement.

La psychasthénie n'aboutit jamais à une démence véritable ; dans les cas les plus graves, alors que toute activité est supprimée chez les malades, que la *réalité* et le *présent* ne semblent plus exister pour eux, l'*intelligence* ABSTRAITE, les *opérations logiques* et *discursives*, l'*appréciation* et le *jugement ne sont pas sensiblement atteints*.

D'après tout ce qui précède, on peut formuler le *pronostic* de la manière suivante : la psychasthénie est toujours une maladie sérieuse. Elle peut devenir très grave lorsqu'elle n'est pas convenablement traitée. Sous l'influence d'un traitement approprié, elle est, au contraire, susceptible d'améliorations notables, confinant à la guérison.

Pathogénie

Dans l'état actuel de nos connaissances, une pathogénie réelle et complète des troubles de l'esprit est impossible. Nous devons donc nous borner, sur ce point, à rechercher quelle est l'importance relative des divers symptômes de la psychasthénie, et quelle subordination il est possible d'établir entre les uns et les autres.

Rien ne nous permet, actuellement, d'admettre des altérations anatomiques comme point de départ des accidents, quoique, bien probablement, il y ait à la base de la psychonévrose une construction cérébrale défectueuse, vraisemblablement dans les voies d'association ; mais cette question ne

pourra être résolue que plus tard, par la méthode anatomo-clinique, et lorsque nous serons en possession de moyens histologiques d'investigation encore plus puissants que ceux dont nous disposons actuellement. A l'heure présente, on ne peut que supposer un trouble *dynamique*, et une explication psychologique reste seule possible.

Trois sortes de théories principales ont été proposées : les théories *intellectuelles*, les théories *émotionnelles*, et les théories que M. Janet appelle *psychasthéniques*. Vous trouverez l'exposé complet de ces différentes théories et leur discussion dans l'ouvrage de MM. Pitres et Régis (*Les obsessions et les impulsions*, Paris, Doin, 1902), dans l'article sur les obsessions écrit par M. Arnaud dans le *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de M. G. Ballet, dans le livre de M. Janet sur la psychasthénie, et dans l'ouvrage de M. G. Dumas sur « la tristesse et la joie ». Je me bornerai ici à vous les indiquer sommairement.

Pour la théorie *intellectuelle*, l'idée obsédante est toujours le trouble originel : elle est indépendante des états émotifs, lesquels même seraient une simple réaction de l'idée obsédante. La principale objection que l'on puisse faire à cette théorie, c'est l'impossibilité de concevoir qu'une idée devienne obsédante, s'il n'existe pas, au préalable, quelque altération mentale. Comme le fait observer M. Arnaud « tout le monde a l'idée de la rage et la crainte légitime du chien enragé ; tout le monde n'a pas cependant l'obsession et la phobie de la rage ». La théorie intellectuelle semble, d'ailleurs, de plus en plus abandonnée.

Les théories *émotionnelles* se rattachent à la conception de Morel, qui range les obsessions dans son « délire émotif ». Elles ont été acceptées par de nombreux auteurs, surtout à la suite des travaux de Lange et de W. James sur les émotions. MM. Pitres et Régis, qui adoptent entièrement la théorie émotionnelle, en ont donné un exposé très complet. L'obsession émotive ne serait, comme l'obsession ordinaire, « que

la conscience des variations neuro-vasculaires, des variations organiques en général ». De l'émotivité diffuse, on passe à l'émotivité systématisée ou *phobie*, laquelle, s'imposant à l'attention du sujet, s'intellectualise, devient idée obsédante, sous l'influence d'un incident — une émotion brusque ordinairement — qui lui donne son orientation définitive.

Cette théorie réalise un progrès sur la précédente ; elle pénètre plus profondément la nature intime de l'état obsédant, en montrant, dans sa genèse, l'importance des phénomènes intérieurs. Mais elle attache une signification excessive à la crise angoissante qui n'est qu'un des éléments de l'état obsédant, qui n'existe pas toujours et qui apparaît, parfois, au moment où les malades essayent de lutter contre leurs obsessions, etc. De plus, les stigmates psychasthéniques, l'aboulie intellectuelle et motrice, qui établissent, en dehors des crises, la permanence de l'état obsédant, ne peuvent guère s'expliquer par l'émotion, phénomène brusque et transitoire par définition. Enfin, les recherches expérimentales de Binet, de Courtier, de Vaschide et Marchand ont montré que les phénomènes physiologiques suivent souvent les phénomènes de conscience au lieu de les précéder, comme l'exigerait la théorie. La théorie émotionnelle ne me semble donc pas devoir être acceptée comme explication générale de l'état psychasthénique.

Restent les théories psychasthéniques. Ce sont celles, dit M. Janet, qui « prennent pour point de départ un certain affaiblissement psychologique », capable de rendre compte à la fois des émotions, des angoisses, des idées et des aboulies.

C'est une théorie de ce genre que nous avions adoptée, avec M. Arnaud, en 1892, dans le travail que je vous ai déjà cité, et nous prenions pour point de départ les troubles élémentaires de la volonté, l'*aboulie*. Ces troubles de la volonté avaient été signalés antérieurement, mais d'une manière vague, par Billod, Cordes, Legrand du Saulle, Hack-Tuke.

Nous considérions les obsessions, les impulsions, les phobies, comme des symptômes variables, de perfectionnement en quelque sorte, qui attirent l'attention et s'imposent à elle. « Il ne faut pas, disions-nous, attacher une importance exclusive aux symptômes les plus saillants... Il faut, au contraire, rechercher avec soin les dessous de l'état psychopathique, les phénomènes plus généraux et moins apparents qui trahissent le *trouble profond du dynamisme mental*. Ce trouble *primitif* et *général* détermine. dans chacune des opérations mentales, des symptômes du même ordre, qui apparaissent dans les manifestations actives de l'intelligence aussi bien que dans les actes. La lésion croît du moins actif au plus actif. Nous en avons pour preuves les nombreuses anomalies des actes, surtout des actes *adaptés*, c'est-à-dire des actes en rapport avec une idée qui les détermine en vue d'un but immédiat. Un acte ainsi adapté constitue une sorte de *confluent* de toutes les activités mentales : intelligence, volonté, motricité, et il n'est pas surprenant qu'il présente au plus haut degré, qu'il *totalise* les troubles de ces divers modes d'activité ». Ce trouble primitif et généralisé du dynamisme mental, nous l'avions désigné par le terme imprécis et sans signification doctrinale d'*hésitation psycho-motrice*, qui en exprime le caractère essentiel, et nous avions conclu, en dernière analyse, à une altération « de l'*activité volontaire*, envisagée dans sa signification la plus large ».

M. Janet propose également une théorie psychasthénique partant de troubles plus généraux encore et plus élémentaires. Il fait observer, avec raison, que le mot « volonté » désigne des phénomènes déjà différenciés et complexes, qui ont eux-mêmes pour condition d'autres phénomènes plus profonds et plus simples. Il admet que l'aboulie a une importance supérieure à celle du trouble des idées et des émotions, mais il cherche une altération qui puisse expliquer l'aboulie elle-même. Cette altération, M. Janet la voit dans

la difficulté qu'éprouvent les psychasthéniques à saisir la réalité présente et à s'y adapter ; ils ont perdu la *fonction du réel*, la plus difficile, la plus délicate, la plus complexe des fonctions de l'esprit. Mais M. Janet va plus loin encore et, au moyen de l'hypothèse, très admissible, de la *tension psychologique*, il explique le mode de production de tous les troubles de la psychasthénie. La tension nerveuse affaiblie ne permet plus la réalisation harmonique et complète des phénomènes psychiques correspondant à un niveau mental élevé ; c'est pour cela que la fonction du réel, la plus complexe et la plus difficile, la plus élevée dans la hiérarchie psychologique, exigeant un haut degré de tension, est la première atteinte chez les psychasthéniques. L'abaissement de la tension nerveuse n'est compatible qu'avec la production de phénomènes d'un niveau inférieur. C'est pourquoi les manifestations volontaires, intellectuelles et même émotives ne se produisent chez ces malades que d'une manière insuffisante, inachevée, incomplète, etc.

Par une seconde hypothèse, M. Janet cherche à expliquer l'exagération que présentent les phénomènes psychologiques d'ordre inférieur, exagération qu'implique le terme d'*agitations forcées*. Cette seconde hypothèse est celle de la *dérivation ;* elle repose sur le principe suivant : toute force insuffisante à produire un certain phénomène d'ordre supérieur peut ne pas se dépenser tout entière dans la réalisation d'un phénomène d'ordre inférieur ; il se fait alors des dérivations, « c'est-à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes *non prévus* et *inutiles* » ; d'où les angoisses, les ruminations, les agitations excessives. Enfin les périodes de rémission et les crises résulteraient tout naturellement des modifications de la tension psychologique, des oscillations du niveau mental, sous des influences peu connues encore. Les chutes brusques du niveau mental, qui donnent lieu aux accès les plus graves, constituent les crises de *psycholepsie*.

Il est difficile de résumer brièvement et clairement ces théories de M. Janet ; il faut les lire dans son ouvrage pour en apprécier tout l'intérêt. Sans doute, ce ne sont là que des hypothèses, mais ces hypothèses s'harmonisent bien avec les faits observés, et elles fournissent de cette infinité des symptômes de la psychasthénie des explications plausibles. A ce titre, et d'une manière provisoire tout au moins, nous pouvons nous y rallier.

Etiologie

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître dans l'*Hérédité* la grande cause de la psychasthénie. Les travaux les plus récents confirment entièrement à cet égard les résultats des observations antérieures. L'hérédité *similaire* est particulièrement fréquente Sur cent obsédés à hérédité névropathique, MM. Pitres et Régis ont relevé trente-neuf fois cette hérédité similaire. M. Janet, sur cent cas également, l'a notée vingt-huit fois. Je l'ai souvent constatée pour mon compte et dans de semblables proportions.

L'*état des parents* au moment de la conception, les *maladies du fœtus* et celles de la *première enfance* peuvent aussi déterminer le développement de la psychasthénie, comme celui des états nerveux en général.

Le *sexe féminin* a une influence non douteuse. Sur 250 obsédés, MM. Pitres et Régis trouvent 96 hommes et 154 femmes. M. Janet a rencontré une proportion de femmes encore plus élevée : 230 femmes pour 95 hommes seulement, sur un total de 325 observations.

Quant à l'*âge*, les mêmes auteurs indiquent, les premiers, un peu plus de la moitié des cas ayant débuté avant la vingtième année ; le second, un peu moins de la moitié. C'est un point qu'avaient déjà signalé J. Falret et Baillarger. S'il était possible de fixer toujours exactement le début véritable de la maladie, au lieu de son début apparent par les symp-

tômes bruyants, on aurait sans aucun doute un chiffre plus élevé avant la vingtième année

Certaines influences accidentelles peuvent provoquer l'apparition d'une psychasthénie préparée par les causes précédentes. Ce sont toutes celles qui ont une action débilitante marquée sur le système nerveux (nervous exhaustion) : les *émotions dépressives*, qu'elles agissent par leur violence (choc émotionnel), ou bien par leur longue durée (chagrins) ; les *excès* de toute nature, le *surmenage intellectuel* et surtout la fatigue cérébrale qui résulte des difficultés de l'existence, de responsabilités auxquelles on n'était point préparé ; les *traumatismes*, surtout ceux qui se compliquent d'un choc émotionnel, comme il arrive souvent dans les accidents de chemin de fer ; les *maladies infectieuses*, surtout la fièvre typhoïde, l'influenza, la variole, l'état puerpéral, la rougeole ; les *maladies chroniques*, les *hémorragies graves*, etc., en un mot toutes les influences qui troublent la nutrition générale et le fonctionnement normal du système nerveux.

Quelques auteurs, et principalement Freud (de Vienne), ont soutenu que l'hystérie et la psychasthénie avaient pour origine exclusive des *troubles génitaux* provoqués par l'abstinence ou par l'irritation génésique fruste (coït incomplet, excitation des fiancés, onanisme). Cette opinion paraît tout au moins excessive, et elle n'est pas admise par Lœwenfeld, par Hartenberg, par Pitres et Régis, par M. Janet, etc.

Un certain nombre d'observateurs pensent qu'il existe, à côté de la forme *constitutionnelle*, de beaucoup la plus fréquente, une forme *acquise* de la psychasthénie. Je crois qu'il convient de se montrer extrêmement réservé à cet égard. Il y a là une question d'enquête biopathologique dont les éléments sont très incertains, et souvent on finit par découvrir des antécédents lointains dans des cas où, d'abord, il ne semblait pas en exister. La psychasthénie est une maladie de tout l'être, extrêmement profonde, qui indique une déviation

des processus nerveux les plus élémentaires, les plus intimes. Il paraît peu concevable qu'une telle maladie puisse se constituer à une époque où le développement du système nerveux serait complètement achevé, c'est-à-dire à l'âge adulte. Tout au plus peut-on admettre qu'il existe des états obsédants, vagues, incomplets et transitoires, développés à la suite de ces influences accidentelles que je vous ai énumérées. Ces états, parfaitement curables, ne sont pas la vraie psychasthénie avec ses stigmates si caractéristiques et permanents.

Diagnostic

Le diagnostic de la psychasthénie ne présente pas de difficultés dans les cas bien tranchés. Aucune autre affection nerveuse n'offre un tableau symptomatique analogue. Pour les cas légers ou moyens, la situation est moins simple.

Il faut distinguer d'abord l'idée obsédante de *l'idée fixe,* normale ou pathologique.

L'idée *fixe normale,* celle du savant. de l'inventeur, est acceptée et contrôlée par la volonté ; elle concorde pleinement avec le cours régulier des idées ; elle présente une utilité pratique, devient un principe d'action, est indépendante de l'émotivité, autant de caractères opposés à ceux de l'idée obsédante. A propos de l'idée fixe normale, je dois vous faire remarquer que bien des idées de doute, que certaines tendances scrupuleuses, que quelques obsessions du nombre, du mot, etc., existent chez beaucoup de personnes appartenant à la catégorie des intellectuels. Ces manifestations ne constituent pas un état morbide, car ces personnes n'en sont pas incommodées et ce n'est souvent qu'en provoquant des confessions qu'on apprend l'existence de ces idées fixes chez ces sujets par ailleurs normaux.

L'idée *fixe pathologique,* l'*idée délirante,* n'est pas consciente, c'est-à-dire qu'elle n'est pas jugée maladive par le sujet ; elle n'est aucunement en désaccord avec ses tendances

générales ; elle les exprime, au contraire, à leur maximum de développement ; elle ne donne lieu à aucune lutte intérieure ; enfin, elle se développe d'une façon progressive, elle est continue et ne présente rien qui rappelle les accès aigus de l'obsession, etc.

Certaines *psychoses* pourraient prêter à confusion. La *mélancolie*, simple ou anxieuse, offre des idées obsédantes, des scrupules, des crises d'agitation angoissante, des idées de suicide, etc., un certain nombre de symptômes, enfin, que nous avons constatés chez nos psychasthéniques. Mais ces symptômes ont des caractères bien différents. La douleur morale *primitive* de la mélancolie, l'*empêchement* général des opérations intellectuelles, ne rappellent que de fort loin la tristesse justifiée et l'incomplétude de la psychasthénie. Le mélancolique a un *délire* fixe, monotone ; le psychasthénique a la *conscience critique* de ses obsessions, dont le degré d'intensité varie beaucoup chez le même malade. Le mélancolique enfin a de véritables idées de suicide, il *désire* la mort ; le psychasthénique en a, au contraire, la *phobie*. Nous savons que cependant ces deux états peuvent parfois être associés l'un à l'autre.

Dans le délire systématisé de persécution, ce n'est pas à la période de persécution que le diagnostic est délicat, c'est pendant la longue durée de préparation de ce délire. Quand on suit, pendant des années, ces sujets qui se plaignent de sensations anormales, de phénomènes douloureux vagues, de vide cérébral, d'incomplétude, qui ont des tendances hypocondriaques, puis qui accusent de plus en plus ces tendances à l'autophilie, caractérisée, au début, par un état d'inquiétude, des interprétations erronées relatives à la malveillance de l'entourage ; quand on a observé pendant longtemps ces sujets qui ne progressent pas vers le délire de persécution, mais qui ébauchent, devant les difficultés rencontrées dans leur carrière, des idées de suicide, on est en droit d'hésiter entre un délire de persécution, qui pourra se dévoi-

ler tout à fait un jour, et un état psychasthénique constitutionnel qui va rester stationnaire, le sujet étant ordinairement, dans ces cas, un dégénéré supérieur, obsédé et douteur suivant les moments. A la période d'état, au contraire, le diagnostic devient généralement facile, l'état mental, à cette période, étant profondément différent, et les hallucinations de l'ouïe, inconnues chez le psychasthénique, étant très actives ; de même, les idées de grandeur, si elles existent, sont beaucoup plus nettes que dans la psychasthénie.

Quelques mots, maintenant, sur les divers aspects des *psychoses des dégénérés (folie morale),* dans lesquelles les conceptions délirantes ne constituent qu'un épisode, sur un terrain mental en état d'infériorité.

Ces psychoses sont généralement faites d'un mélange d'idées de persécution et de tendances mélancoliques. Les idées de persécution peuvent conduire à l'auto-accusation, à la panophobie, à la confusion mentale. Les tendances mélancoliques, en s'accusant, deviennent un véritable délire hypocondriaque systématisé. La coexistence ordinaire des idées de mélancolie et de persécution est le caractère dominant des persécutés mélancoliques, groupe le plus important de cette catégorie nosologique. Ce qui caractérise toutes ces variétés, c'est la succession des accès d'exacerbation et des rémissions, la substitution des idées délirantes les unes aux autres, l'absence de régularité dans la marche des accidents, la tendance à la guérison complète qui peut se produire sous l'influence d'un événement heureux, ou spontanément, sans cause.

Le délire systématisé d'interprétation de Sérieux, qu'on a fait rentrer dans cette catégorie, ne peut être confondu, pendant son développement normal, avec la psychasthénie. C'est plutôt à une période avancée, quand le sujet est arrêté sur une idée fixe, qui peut le conduire à devenir un persécuté persécuteur, que les obsessions pourraient en imposer pour les obsessions psychasthéniques. Mais le diagnostic sera établi par les antécédents, montrant le malade orienté depuis

longtemps vers ce délire systématisé et jouissant d'une activité intellectuelle et d'une énergie morale excessives, contrairement au psychasthénique. Celui-ci est sans défense ou reste inerte devant les raisonnements qui tendent à lui faire sentir la fausseté de ses conceptions ; dans le délire d'interprétation, on a affaire à un sujet en pleine possession de ses facultés et rétorquant les arguments avec une aisance, une série de raisons, convaincantes en apparence, qui dénotent une conviction et une combativité faussées à l'extrême.

La période de début de la *paralysie générale* offre souvent la forme neurasthénique, et, pendant un certain temps, il peut être impossible de se prononcer. Si, comme on l'a signalé quelquefois, on observe des obsessions et des crises anxieuses plus ou moins nettes, l'erreur est possible. Morel a rapporté un cas d'obsession prise pour une paralysie générale, et M. Janet cite une paralysie générale qui fut considérée pendant longtemps comme une psychasthénie simple. Mais il faut reconnaître que ces faits sont absolument exceptionnels, et que le diagnostic sera, d'ordinaire, facilement établi, d'après la présence ou l'absence des signes physiques et de l'abaissement intellectuel propres à la paralysie générale.

Les *névroses* donnent lieu à quelques remarques, au point de vue du diagnostic d'avec la psychasthénie. Chercher à distinguer, comme on le fait d'ordinaire, cette dernière affection de la neurasthénie est, en réalité, une tentative purement arbitraire, puisque les symptômes graves de la psychasthénie sont trop souvent attribués à la neurasthénie. Ce diagnostic n'offre plus guère de raison d'être si on rapporte à la psychasthénie tous les cas où il existe des obsessions nettes, des aboulies, des phobies, etc. Il ne reste plus que la neurasthénie-syndrome, caractérisée surtout par des symptômes physiques d'épuisement nerveux, qui apparaît à peu près exclusivement chez l'adulte, qui se développe rapidement et qui, le plus souvent, guérit complètement. Le neurasthénique n'a pas

de vrais scrupules, ni des sentiments d'incomplétude ; ce qu'il éprouve, ce sont des *inquiétudes* sur sa santé et sur son existence, un sentiment profond d'insécurité. Mais ici encore il faut se rappeler qu'un psychasthénique peut fort bien, sous des influences débilitantes, devenir momentanément neurasthénique.

L'*hystérie* est, en fait, souvent confondue avec la psychasthénie, bien que la plupart de leurs symptômes et que le fond mental présentent des caractères très différents. La *conscience* de l'hystérique est *lacunaire,* certains éléments en ont complètement disparu ; ainsi s'expliquent les amnésies, les anesthésies, les paralysies ; certains autres faits psychologiques sont, au contraire, exagérés ; les impulsions hystériques, notamment, sont réellement irrésistibles : « l'hystérique, dit fort bien M. Janet, ne termine que certains phénomènes, mais il les termine trop ; le psychasthénique ne perd aucun phénomène, mais il n'en termine aucun ».

En outre, les idées fixes et le dédoublement de la personnalité sont *inconscients* chez les hystériques ; ils sont *conscients* chez le psychasthénique ; l'hypnose et la suggestion, qui font partie intégrante de l'hystérie, sont impossibles chez le psychasthénique pur (Janet, Pitres et Régis, etc.).

A propos du diagnostic, il me reste à vous signaler une cause d'erreur d'une autre nature, qui peut avoir des conséquences désastreuses pour les malades qui en sont victimes. Certains symptômes physiques, notamment les troubles gastro-intestinaux et quelques manies ou tics fonctionnels, simulent parfois des maladies organiques véritables, et ils peuvent être traités comme tels. Le moindre inconvénient, dans ce cas, c'est d'éterniser le mal en entretenant la préoccupation morbide. Mais il y a pire, car il arrive que le chirurgien soit appelé à intervenir et pratique des opérations très graves. J'ai connaissance de quelques faits de ce genre, et je crois inutile d'insister devant vous sur tout ce qu'ils ont de fâcheux, à tous les points de vue.

Définition

Maintenant que vous connaissez la symptomatologie, l'évolution, les formes cliniques, la pathogénie et le diagnostic de la psychasthénie, nous pouvons essayer de la définir. Or, une définition descriptive, nécessairement un peu longue, s'impose, en l'absence de tout critérium anatomique. Il me semble que la suivante s'applique bien à cet état morbide en mettant en relief ses caractères fondamentaux :

« La psychasthénie est une psycho-névrose constitutionnelle, presque toujours héréditaire, caractérisée par deux séries principales de symptômes *psychologiques* et par des symptômes *physiques*.

» Les symptômes *psychiques* de la *première* série — les plus profonds, les premiers en date et en importance — sont des troubles élémentaires et généralisés du dynamisme mental ; ils sont continus et ne disparaissent jamais complètement ; ils méritent d'être appelés *stigmates* de la psychasthénie.

» La *seconde* série comprend des troubles plus apparents, mais secondaires, transitoires, en rapport avec une idée ou une émotion particulière ; ils apparaissent et se développent indépendamment de la volonté, comme des parasites que le moi ne s'assimile jamais, et ils aboutissent souvent à une sorte de dédoublement conscient de la personnalité.

» La conscience critique subsiste en grande partie ; les malades apprécient assez bien la nature pathologique des symptômes qu'ils présentent, et le fonctionnement intellectuel est peu atteint dans ses manifestations abstraites (mémoire, jugement, logique. raisonnement).

» Les symptômes *physiques* se résument en des troubles de la nutrition ».

Traitement

Pour être vraiment efficace, le traitement de la psychasthénie — M. Janet le fait observer fort justement — devrait commencer avant la naissance et tenir compte du principal facteur de la maladie, c'est-à-dire de l'hérédité.

Ce traitement, réellement prophylactique, consisterait dans le contrôle médical des mariages, en vue d'empêcher les unions des sujets tarés dans leur système nerveux. Mais on voit tout de suite que, dans cette voie, il n'y aurait pas de raison de se limiter aux seuls névropathes, et que les mêmes obstacles devraient être opposés au mariage d'une foule d'autres malades ou de sujets suspects de maladies. Théoriquement, cela est souhaitable ; mais dans l'état de nos mœurs, où l'on allie surtout deux sacs d'écus, nous sommes loin de cet idéal, et il est inutile, par conséquent, d'insister davantage sur ce point.

Une prophylaxie plus pratique, au moins en apparence, est celle qui s'adresserait aux enfants de familles à prédispositions connues. Elle viserait à diriger l'éducation et l'hygiène de ces enfants, dès le bas âge, dans le sens de l'*action*, de la *spontanéité*, de l'*exercice de la volonté*. Au lieu d'écarter d'eux toute peine, même légère, comme le veut un poète, il faudrait les habituer aux réalités, même pénibles, même un peu dangereuses ; insister sur les exercices physiques, leur apprendre à se servir de leurs mains, à pratiquer un métier manuel ; les obliger, enfin, à se *débrouiller* seuls, dût-il leur en coûter quelques horions. On arriverait ainsi, au moins quelquefois, à diminuer ou à supprimer ces tendances à la mollesse, à la paresse, à la rêverie, qui caractérisent ces enfants. On développerait en eux cette *fonction du réel*, ce pouvoir d'adaptation des mouvements et des actes à la réalité qui leur manquent presque complètement. Cette

prophylaxie incomberait surtout à la famille. Mais elle va tellement à l'encontre des habitudes admises en matière d'éducation et d'enseignement, qu'elle est bien difficilement réalisable, et d'autant plus qu'elle exigerait, chez les parents, des qualités peu communes de clairvoyance et de sincérité d'esprit. Bien rares sont ceux qui consentiraient à reconnaître, par exemple, que leurs enfants auraient tout à gagner à être élevés hors de la famille, à être soustraits à son influence. Aussi n'est-ce que très exceptionnellement que le médecin aura l'occasion d'essayer le traitement prophylactique de la psychasthénie, et, pratiquement, c'est contre une maladie déjà déclarée qu'il devra lutter.

Comme dans toutes les psycho-névroses, le traitement doit être surtout moral, mais il est fort important de le compléter par un traitement physique, répondant à des indications particulières.

Traitement moral. Psychothérapie. — Le traitement moral de la psychasthénie ne doit pas consister uniquement en une psychothérapie étroite, c'est-à dire en procédés logiques et dialectiques, par lesquels on s'appliquerait à démontrer au malade l'inanité et le danger de ses obsessions et de ses phobies. S'attaquer directement, et dès le début, à ces symptômes, dépendant de troubles plus profonds, serait tout aussi inutile que de chercher à redresser les idées délirantes des aliénés véritables. C'est l'état psychologique sous-jacent qu'il faut viser ; il faut combattre les troubles élémentaires du dynamisme mental, atteindre les racines profondes du mal, procéder, en un mot, de bas en haut, non de haut en bas, comme on reprend par les fondations, et non par le faîte, un édifice qui menace ruine ; agir autrement est souvent très dangereux. J'ai vu de ces malades verser dans l'aliénation mentale confirmée, à la suite d'entretiens d'une dialectique très logique en apparence, mais appliquée à un moment inopportun. Certains, à la suite de ces interventions malen-

contreuses, ont dû être internés et ont fait des tentatives de suicide !

Il importe donc que la psychothérapie soit faite au sens large du mot ; pour cela, elle utilisera, dès le début du traitement, toute une série de procédés, *physiques*, il est vrai, mais de nature à déterminer d'heureuses conséquences psychologiques, en augmentant le tonus musculaire, en relevant la tension nerveuse, en régularisant la nutrition, en restituant, petit à petit, au système nerveux, son équilibre compromis.

Au point de vue physiologique, les obsédés sont tous, à un degré variable, des affaiblis, des *hyposthéniques*. Il faudra donc, avant toute chose, s'appliquer à relever les forces. Le repos au lit, plus ou moins prolongé suivant le degré de l'épuisement nerveux, s'imposera pendant quelque temps. Mais l'alitement continu, d'après la rigoureuse formule de Weir-Mitchell, sera bien rarement indiqué ; il aurait le grave inconvénient de favoriser l'asthénie, l'aboulie et la tendance aux rêvasseries habituelles à ces malades. Un régime alimentaire bien réglé, copieux, mais sans suralimentation proprement dite, concourra au même résultat. Le massage, l'hydrothérapie dirigée par un médecin compétent, la mécanothérapie, des exercices réguliers et surveillés (marche, bicyclette, escrime, etc.), en même temps qu'ils fortifieront le sujet, constitueront un des éléments du traitement moral, puisqu'ils obligeront le malade à fixer son attention sur des faits matériels, étrangers à ses préoccupations, à sortir de lui-même, à faire effort pour corriger sa maladresse naturelle. Le médecin les utilisera encore comme procédés d'encouragement et d'émulation, en montrant au sujet qu'il est déjà capable de surmonter certaines difficultés et qu'il pourra bientôt, avec de la bonne volonté, obtenir mieux et plus. Il y trouvera un moyen facile de conquérir la confiance de son malade, d'assurer son autorité. Car c'est là, ainsi que je vous l'ai souvent répété, une condition préalable et tout à fait

indispensable : le médecin ne peut agir utilement, dans la cure de ces états, que s'il inspire une réelle confiance. Pour y arriver, il devra sympathiser avec le malade, prendre au sérieux ses misères, montrer qu'il connaît bien les symptômes du mal. C'est à quoi il doit s'efforcer dès les premières entrevues. Le diagnostic de psychasthénie et de sa variété une fois posé, le médecin, sans attendre que le malade soit au bout de ses longues confidences, doit pouvoir lui indiquer les troubles principaux dont il souffre ; il fera preuve de perspicacité et, du même coup, il ébranlera une idée très répandue chez les psychasthéniques, l'idée que leur maladie est tout à fait extraordinaire, qu'on n'a jamais rien vu de semblable. L'autorité du médecin s'augmentera enfin de la fermeté de ses prescriptions, qu'il modifiera seulement en cas d'absolue nécessité et en évitant de paraître céder aux préférences du malade.

Quand les premiers résultats sont obtenus, quand l'état général est amélioré, l'action psychothérapique directe peut s'exercer avec fruit. Elle consistera à développer et à régler l'attention, à empêcher la dispersion de l'esprit et la rêverie, à fortifier la volonté par des efforts d'application gradués, à lutter par le raisonnement et la logique contre les idées maladives, contre les répulsions et les appréhensions injustifiées, enfin, à entreprendre une véritable rééducation de la volonté, de l'intelligence et du sentiment. Quels que soient les moyens employés, il faudra toujours procéder avec beaucoup de prudence, ne pas exiger trop du malade, éviter de le fatiguer mal à propos et, par là, de le décourager. Il est impossible de préciser le détail de cette constante intervention, variable avec chaque malade, variable aussi avec la personnalité du médecin. On peut dire d'un pareil traitement qu'il vaudra ce que vaut le médecin qui l'applique.

Ainsi compris, le traitement de la psychasthénie exige une telle continuité et de si fréquentes interventions qu'il est impossible — on doit le dire nettement — de l'appliquer

dans la famille, et cela pour plusieurs raisons. Le milieu familial est éminemment favorable à la culture des troubles psychasthéniques. D'abord, vous le savez, les parents sont eux-mêmes, d'ordinaire, des névropathes, à l'humeur inconstante, impatiente, irritable. Ils passent de la complaisance exagérée à la sévérité excessive. Souvent, ils blessent et découragent le malade en se moquant de lui. D'autre part, il est bien difficile, sinon tout à fait impossible, d'imposer à un malade, pendant un très long temps, un genre de vie qui doit être si différent de celui de l'entourage. Et enfin, la lutte constante contre d'innombrables manies, sans cesse renaissantes, est vraiment très fatigante et très pénible. Aussi, en fait, la famille finit-elle toujours par céder ; elle se plie, presque inconsciemment, aux tenaces exigences du malade et, au lieu de lui imposer une discipline, elle adopte, à la longue, la plupart de ses déplorables habitudes. L'isolement, sous la direction effective du médecin, est donc une nécessité du traitement des psychasthéniques. On pourra le pratiquer soit dans une installation ordinaire, soit, ce qui est encore préférable, dans un établissement pour malades nerveux, à la campagne autant que possible. L'isolement est le seul moyen pratique, efficace, de régler et de simplifier l'existence de ces sujets. Dans certains cas, l'internement pourra être indiqué, soit qu'il y ait un délire accentué, des idées de suicide, des impulsions dangereuses, soit que le malade se refuse à tout traitement, soit enfin, ce qui arrive, qu'il réclame lui-même l'internement, comme une protection indispensable. J'ai vu un certain nombre de psychasthéniques fort améliorés à la suite d'un internement plus ou moins prolongé. Mais, d'ordinaire, cette mesure extrême n'est pas nécessaire ; prise sans le consentement du malade, elle pourrait même avoir l'inconvénient de développer la crainte et l'obsession de la folie, chez des sujets qui en ont si souvent la préoccupation assez vive.

Au nombre des procédés psychothérapiques applicables à la psychasténie, faut-il compter l'hypnose ? C'est une ques-

tion très controversée. Certains observateurs soutiennent que la suggestion hypnotique leur a donné, dans les cas de ce genre, d'excellents résultats. D'autres, et notamment M. Pitres, M. Régis, M. Janet pensent que ces bons effets ne s'observent que chez des sujets plus ou moins entachés d'hystérie et que les psychasthéniques ne sont ni hypnotisables, ni suggestibles. C'est également mon avis, et j'ajoute que les manœuvres hypnotiques répétées ne sont pas sans danger chez ces malades, dont elles accentuent les tendances à l'aboulie et aux troubles de la personnalité.

Traitement physique. — Le traitement physique proprement dit de la psychasthénie est celui des symptômes somatiques dont je vous ai fait l'énumération. Il ne présente rien de bien spécial et je n'y insisterai pas Aux troubles digestifs on opposera un régime approprié, en se souvenant que la constipation est habituelle chez ces malades. Les symptômes d'excitation, quelquefois très marqués, relèvent de la médication sédative : hydrothérapie sous forme de douches tièdes et de grands bains ; bromure à doses assez élevées, 4 ou 5 grammes par jour, comme le recommande M. Janet, mais qu'il faut éviter de prolonger. La médication tonique est plus souvent indiquée ; à ce propos je vous ai déjà parlé des agents physiques, dont l'emploi est particulièrement utile : massage, exercices de toute nature, mais toujours réglés et surveillés par le médecin. L'hydrothérapie froide, en applications de courte durée, l'électricité statique sont également utiles pour relever l'état général. Un certain nombre de médicaments peuvent rendre des services analogues ; je mentionnerai les sérums névrosthéniques, le cacodylate, l'arrhénal, les phosphates, l'acide phosphorique. MM Pitres et Régis ont constaté les bons effets de l'ovarine ; M. Janet, d'après une de ses observations, conseille l'essai de la thyroïdine, mais son administration doit être attentivement surveillée L'opium et la morphine peuvent être

utilisés, soit comme calmants, soit comme excitants, suivant les doses. Mais la formule de leur emploi, chez les psychasthéniques, n'est pas bien établie ; ils offrent encore le double inconvénient de créer un état de besoin — qu'il est ensuite difficile de guérir — et de provoquer de la constipation ; de telle sorte qu'ils doivent être maniés avec précaution et qu'il est bon d'en dissimuler l'emploi aux malades pour éviter la morphinomanie possible.

Il est inutile d'entrer dans de plus longs détails sur le traitement des états psychasthéniques. J'en ai assez dit pour vous prouver que nous ne sommes pas désarmés contre cette maladie, même dans ses formes graves. Mais les divers procédés thérapeutiques, si judicieusement choisis qu'ils puissent être, ne donneront de résultats réellement favorables qu'au médecin dont l'*ascendant moral* aura su, préalablement, inspirer au malade *la foi en sa guérison*. C'est vous répéter, sous une autre forme, ce que je vous ai dit tant de fois sur l'importance primordiale du *traitement moral* dans les psycho-névroses, et c'est par cette formule que je termine l'exposé du traitement de la Psychasthénie.

L'HYSTÉRIE [1]

I. — Considérations générales

Messieurs,

Dans deux leçons antérieures (1) j'ai étudié la *Psychasthénie ;* je pense vous avoir convaincus de la réalité de son existence en tant que psycho-névrose autonome. Se servir de ce terme, au pluriel, pour englober tous les états flous et indécis de l'ancien névrosisme, me paraît une faute de nosologie. En procédant ainsi on fait de l'à peu près médical et non de la clinique. Je voudrais, dans cette leçon et les suivantes, vous mettre au point la question de l'*Hystérie,* l'autre grande psycho-névrose autonome. Vous savez combien cette question est passionnément discutée, maintenant comme autrefois, comme de tout temps ; dans quelques mois, les controverses à son sujet pourront se donner libre cours au Congrès de Genève, qui doit se tenir le 1er août prochain. Je désire, avant cette date, vous faire connaître ma manière de voir. Je vais vous résumer d'abord brièvement les travaux des principaux auteurs qui se sont occupés de cette affection.

***

C'est une vérité banale que de répéter que l'hystérie a existé dès la plus haute antiquité ; je ne vous referai pas l'historique de la question ; vous le trouverez dans tous vos

(1) *Bulletin médical*, 1907, nos 30 et 36.

classiques. Je vous rappelle seulement que la « *théorie utérine* », dérivée des idées émises par Hippocrate et par Galien, a eu une fortune extraordinaire puisqu'on la rencontre encore, pour modifiée qu'elle soit, dans les ouvrages de Louyer-Villermay et de Landouzy. Ce n'est guère qu'à partir des travaux de Brodie, en Angleterre, de Briquet, en France, que l'on a commencé à comprendre la nature dynamique de certains accidents nerveux locaux, et à faire jouer un rôle à l'état mental, à l'idée, dans leur production. Plus tard, Charcot, en commentant les travaux de Brodie, de Russel-Reynolds, fut amené à étudier la pathogénie des manifestations morbides soumises à son observation. Je l'ai déjà dit et écrit : Charcot, en déterminant le rôle important de l'idée fixe dans la genèse des accidents en apparence physiques de la névrose, en nous faisant voir comment il est possible, par *suggestion*, de reproduire *expérimentalement* ou de faire disparaître la plupart d'entre eux, a montré, dans l'hystérie, « une maladie psychique par excellence », et comme telle « essentiellement justiciable de la psychothérapie ».

En Allemagne, Mœbius d'abord, Strumpell ensuite, étendirent outre mesure la conception de Charcot en admettant que les « maladies hystériques » étaient dues à un excès ou à un défaut de représentations mentales, engendrant des modifications corporelles rattachables à des conceptions, à des idées produisant elles-mêmes des émotions persistantes. C'est ainsi que, peu à peu, se substitua, aux définitions purement somatiques de l'hystérie, une manière de voir nouvelle, groupant les symptômes autour d'un phénomène mental. Le progrès était patent, et, à partir de cette époque, l'hystérie fut, le plus souvent, caractérisée par l'idée fixe, par l'auto-suggestion. Il restait à chercher, à déterminer, si faire se pouvait, par quel mécanisme la suggestion ou l'auto-suggestion agissaient. C'est là ce que nombre d'auteurs ont tenté de faire, alors que d'autres se sont tenus sur un terrain purement clinique.

***

Dans cet ordre d'idées, je vous rappellerai tout d'abord la manière de voir de mon éminent collègue, le professeur Pitres (de Bordeaux). Considérant que le mot d'hystérie est un vocable abstrait, qui englobe une foule d'accidents nerveux, de physionomie très différente, mais appartenant à une même famille naturelle ; cherchant d'autre part les caractères communs à ces accidents et susceptibles de les spécifier nosologiquement, M. Pitres résume ces caractères dans les cinq propositions suivantes :

1° Les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux ;

2° Ils peuvent être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques ;

3° Ils se montrent très rarement isolés ; dans l'immense majorité des cas, certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose ;

4° Ils n'ont pas d'évolution régulière ; ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent, sous différentes formes et à différentes époques, chez les mêmes sujets ;

5° Ils n'ont habituellement pas, sur la santé générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints, le retentissement profond qu'auraient des accidents similaires, mais dépendants d'une autre cause.

Voilà, messieurs, une définition *clinique* excellente. Sans doute, elle n'est pas pathogénique, elle ne donne pas le pourquoi des choses ; n'empêche qu'elle spécifie bien les traits essentiels de la grande névrose et qu'elle fournit des caractères suffisants pour la distinguer des autres maladies qu'elle peut simuler.

Par contre, la définition de M. le Dr Sollier, exposée dans le livre qu'il a publié en 1899, sous ce titre : « Genèse et nature de l'hystérie », vise surtout à pénétrer la nature intime de la maladie. La voici :

L'hystérie est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vasomotrices et trophiques, viscérales. sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu.

La conception de M. Sollier repose donc, comme vous le voyez, sur cette supposition que les hystériques sont sans cesse plongés dans un sommeil pathologique plus ou moins profond, qu'il appelle le « vigilambulisme » ; la cause première de l'hystérie serait cet état de sommeil pathologique déterminant l'engourdissement des centres cérébraux, dont l'anesthésie périphérique mesurerait le degré et la profondeur. Les variations de cet engourdissement, le retour à l'activité normale, la réapparition de la sensibilité s'accompagneraient de réactions qui constitueraient les accidents paroxystiques, la crise hystérique, sous les différentes modalités qu'elle présente. D'après cette manière de concevoir les choses, les phénomènes psychologiques de la névrose passent au même plan que les phénomènes organiques ou physiologiques ; ils ne se commandent pas les uns les autres ; ils sont simplement subordonnés au sommeil pathologique supposé.

Il faut bien le reconnaître, pour séduisante que soit la manière de voir de M. Sollier, elle repose sur une hypothèse, car c'est simple métaphore qu'assimiler au sommeil les états dynamiques du cerveau qui président aux manifestations

hystérogènes alors que nous ne nous faisons encore qu'une idée imparfaite du mécanisme et de la pathogénie du sommeil normal. Je ne puis non plus me résoudre à souscrire au déterminisme que l'auteur attribue aux centres fonctionnels de la corticalité cérébrale. Il me semble que c'est pousser trop loin la théorie des localisations que de vouloir traduire en langage anatomique des désordres psychologiques, alors que l'on n'a, pour étayer cette conception, aucune constatation histologique directe.

Avec les travaux de M. le professeur Bernheim, mon éminent collègue de Nancy, nous allons nous trouver en face d'une conception très personnelle, très originale. Ces travaux, commencés dès 1883, en continuation de ceux du célèbre Liébault, et poursuivis méthodiquement depuis cette époque, ont acquis à leur auteur une grande et légitime réputation.

Pour le professeur de Nancy. l'hystérie n'est pas une entité morbide, une psycho-névrose autonome. Ce nom, d'après lui, doit être réservé aux *seules attaques convulsives*. Ces attaques convulsives elles-mêmes ne sont que l'exagération d'un phénomène habituel « d'ordre psycho-physiologique, qu'une émotion vive produit normalement chez tous, réaction que chaque organisme fait à sa façon, suivant la nature et l'intensité du choc et son individualité régissante ». Chez l'hystérique, la réaction, plus intense, produit la crise, parce que l'organisme de celui-ci possède un *appareil hystérogène* très puissant, capable d'être mis en branle par des émotions. « L'hystérie n'est donc pas une névrose primitive ; c'est *un réflexe émotif exagéré* chez des sujets *hystérisables* ».

Donc, pour M. Bernheim, tout, dans l'hystérie, se résume dans la *crise* ; et il ajoute que celle-ci n'est soumise à aucune règle fixe, que chaque individu la fait à sa manière, sous diverses influences émotives ou autres, primitives ou secondaires, et, dans ce dernier cas, dérivant d'une affection dynamique ou organique du système nerveux ou de tout autre appareil. Quant aux autres manifestations, considérées

comme hystériques par les auteurs, ou elles sont le résultat de la suggestion, volontaire ou non, du médecin qui examine le malade, ou elles constituent des *psycho-névroses indépendantes*, — motrices, sensitives, viscérales — puisqu'on peut les rencontrer chez des sujets n'ayant jamais eu de crises proprement dites.

Cette façon de concevoir les choses me paraît difficile à accepter. On ne peut, en effet, soutenir sérieusement que nous sommes tous hystérisables, que chaque individu contient l'hystérie à l'état latent. Le plus grand nombre d'entre nous, quelles que soient les circonstances et quelque violentes que l'on suppose les émotions, même additionnées de choc traumatique, ne deviennent pas hystériques. Il faut pour cela, comme le remarque d'ailleurs très justement M. Bernheim, un *appareil hystérisable;* encore faudrait-il nous dire en quoi celui-ci consiste. Et puis, quel avantage y a-t-il à ressusciter une multitude de psycho-névroses, d'origine émotive, suggestive, traumatique ou autre, alors que ces accidents sont équivalents au point de vue pathogénique et au point de vue de leur évolution ? Quoi qu'il en soit, Bernheim — et cela dès 1891 — a eu le grand mérite de montrer ce qu'il y avait d'artificiel dans la réglementation, classique à cette époque, de l'hystérie et du somnambulisme.

Les études de mon collaborateur Janet, d'ordre psychologique et clinique, commencées à l'hôpital du Havre en 1882 et poursuivies à la Salpêtrière depuis 1888 jusqu'à l'époque actuelle par un maître en la matière, ont eu principalement pour but la recherche approfondie des troubles qui se produisent chez l'hystérique dans le double domaine de la conscience et de la personnalité. Personne n'a fouillé ce sujet aussi complètement. Partant des conceptions de Brodie, de Russel-Reynolds, de Briquet, de Charcot, qui faisaient pressentir le rôle important de l'idée fixe dans la genèse des accidents, en apparence somatique, de la maladie, Janet, dans des travaux qui vous sont bien connus (je vous rappelle, en particulier,

son volume : *Etat mental des hystériques)* a analysé avec une perspicacité remarquable les causes des mécanismes faussés qui, chez les hystériques, sont au point de départ des syndromes créés : il a cherché ainsi à nous faire comprendre le comment et le pourquoi des phénomènes.

Résumant les conclusions de ses travaux, il donne de l'hystérie la définition suivante :

L'hystérie est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral ; elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant principalement dans une diminution générale de la nutrition ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une aboulie ou rétrécissement du champ de conscience, qui se manifeste d'une manière particulière : un certain nombre de phénomènes élémentaires — sensations et images — cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle ; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres ; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent ; enfin, ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément, à l'abri du contrôle de la conscience personnelle, et qui se manifestent par les troubles les plus variés d'apparence uniquement physique.

Et Janet condense cette longue définition, surtout pathogénique, en cette formule : « L'hystérie est une forme de désagrégation mentale, caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ».

La conclusion maîtresse qui se dégage des travaux de mon collaborateur, résumés dans les définitions que je viens de rappeler, peut être exprimée en disant que ce qui manque à l'hystérique, c'est le contrôle du moi conscient sur la réalité de conceptions qui s'imposent au sujet atteint par le fait d'un trouble spécial produisant la non perception involontaire

d'une série de sensations correctrices. Sans doute, cette conclusion n'explique pas toute l'hystérie, en particulier les troubles vaso-moteurs, trophiques et autres ; elle n'explique pas davantage pourquoi certains syndromes se produisent d'emblée, immédiatement, après un choc traumatique ou psychique, pas plus qu'elle ne fait comprendre la raison de l'apparition de manifestations que l'on ne peut soutenir être toujours représentées par avance dans les pensées du sujet atteint. Enfin, ainsi que l'a justement fait remarquer Gasne, il est des cas où des lésions organiques ignorées du malade s'accompagnent de manifestations hystériques, sans qu'on puisse mettre en évidence le rôle d'une idée quelconque. On peut dire cependant, en toute justice, que les travaux de mon éminent collaborateur nous fournissent une base pathogénique importante ; ils ont grandement contribué à établir cette notion, déjà entrevue, surtout depuis les travaux de Charcot, que l'hystérie est avant tout d'origine psychique et non d'origine mentale. M. le professeur Grasset a, d'ailleurs, fait remarquer avec justesse que le terme « mental » avait, en psychiatrie, un sens bien défini qu'il fallait lui laisser.

***

Mon éminent collègue de Montpellier, au lieu de considérer en bloc l'ensemble des fonctions psychiques ou corticales, distingue, dans l'étude de l'hystérie, le *psychisme supérieur* et le *psychisme automatique* ou *inférieur* (ce dernier correspond évidemment à l'automatisme psychologique de Janet). En séparant la *fonction psychique supérieure* — manifestation de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité, schématisée en un centre, centre préfontal — de la *fonction psychique inférieure,* ayant elle aussi un substratum anatomique représenté par les centres sensitivo-moteurs et par les centres d'association répartis dans les lobes temporo-occipitaux et pariétaux, M. Grasset construit ainsi un poly-

gone géométrique avec lequel il explique commodément tous les syndromes hystériques, y compris la suggestibilité. La désagrégation du polygone serait, en l'espèce, l'élément nécessaire de l'automatisme psychologique troublé et de ses diverses manifestations.

Le schéma de M. Grasset est très ingénieux, et les conclusions qu'il en a tirées, dans une série de travaux tout à fait remarquables, sont fort intéressantes. Peut-être l'avenir les sanctionnera-t-elles, mais, jusqu'à présent, ce polygone reste une hypothèse invérifiable. Les études de l'école psycho-physiologique contemporaine paraissent même établir que la transition se fait insensiblement du conscient au subconscient. Elles ne nous éclairent du reste pas davantage sur le mécanisme intime de la pensée.

***

Jusqu'à présent nous nous sommes trouvés en présence de conceptions cliniques, physiologiques ou psychologiques de l'hystérie. Voici maintenant une conception biologique. Elle est due à M. Claparède, de Genève, psychologue bien connu par ses intéressants travaux. Cet auteur reproche à ses collègues de n'être pas allés, à propos de la névrose, au fond des choses, de n'avoir pas fait la pathogénie de la maladie, remarque, d'ailleurs, parfaitement juste Pour lui, si on veut comprendre les maladies psychiques, il faut non seulement connaître le trouble fondamental de l'organisme, il importe aussi de savoir quels sont les facteurs et quelle est la signification de cette déviation du type normal, de ce trouble, celui-ci étant étudié au point de vue *biologique*. Or, la théorie biologique du sommeil lui semble pouvoir servir « d'introduction, sinon de fondement, à une telle conception biologique de l'hystérie ». Et il envisage ainsi qu'il suit cette fonction du sommeil :

Le sommeil est une fonction active de défense, un instinct qui a pour but, en frappant l'animal d'inertie, de l'empêcher d'arriver

au stade d'épuisement. Ce n'est donc pas parce que nous sommes intoxiqués ou épuisés que nous dormons, mais nous dormons pour ne pas l'être. La fonction hypnique possède, en effet, le caractère de l'activité instinctive ; elle est soumise à la loi fondamentale de l'activité animale, la loi de la suprématie de l'instinct momentanément le plus important, ou la loi de l'intérêt momentané. Quant au mécanisme du sommeil, il consiste en une réaction de désintérêt pour la situation présente. Ce n'est pas, comme on l'admet communément, l'irritabilité, la réceptivité qui est affaiblie ou abolie, mais c'est la *réactivité*, notamment la réactivité d'intérêt, la réactivité d'adaptation.

Dans l'hystérie, d'après l'auteur, il y aurait, tout comme dans le sommeil, un état de *désintérêt*, de *distraction* plus ou moins systématisé, mais la distraction serait portée à son summum ; aussi, pour cette raison, l'hystérique échappe-t-il à la loi de l'intérêt momentané. Et Claparède considère cette réaction de désintérêt comme un *réflexe de dégoût psychique*, qui inhibe telle ou telle idée, ou tel ou tel concept moteur en l'éloignant de la synthèse personnelle, en en empêchant la réalisation, en faisant disparaître tout ou partie de la faculté de contrôle. Les *réactions d'inhibition mentale défensive* engendreraient les stigmates.

La théorie de Claparède, qui ne fournit pas la raison de semblables réactions d'inhibition, apparaît comme la traduction en langage biologique de la théorie psychologique de Janet. Malgré ses promesses, elle ne va pas au fond des choses ; elle ne s'applique pas à tous les accidents hystériques, et elle repose sur une série d'hypothèses merveilleusement enchaînées, mais qui ne donnent aucunement le *pourquoi* du sommeil. Elle ne peut donc nous être utile en clinique.

***

J'en dirai autant de la conception toute récente de Ziehen, de Berlin, qui propose la définition physio-pathologique suivante de l'hystérie : « L'hystérie est caractérisée par une

influence anormalement exagérée des représentations, mettant en jeu l'affectivité ou l'émotivité ». L'idée, accompagnée d'émotions, interrompt, dit l'auteur, le jeu des motifs, c'est-à-dire des déductions logiques ; celles-ci, troublées, se déchargent sous forme d'actions impulsives ou de gestes convulsivement exagérés ; elles se changent en hallucinations ou transforment les souvenirs normaux en illusions mnésiques. L'inverse serait également vrai. Les représentations, indépendantes de l'émotivité ou de l'affectivité, auraient une influence anormalement diminuée Ainsi s'expliqueraient, avec la *distraction* des hystériques, les aboulies, les amnésies et maints autres symptômes.

Comme vous le voyez, c'est la reprise pure et simple, en l'élargissant un peu, de la conception ancienne de Mœbius ; elle n'explique rien et constate simplement le fait bien connu de l'influence des représentations émotionnelles sur le développement des accidents hystériques, ce que savent tous les neurologistes.

***

J'arrive maintenant à une conception plus pratique de l'hystérie avec la définition proposée par un des bons observateurs de notre époque, un ancien élève de Charcot, mon collègue, M. le Dr Babinski. Il a commencé par nous donner, dans d'excellents travaux, justement connus et appréciés, des signes précis ayant une valeur séméiologique incontestable, permettant de distinguer les manifestations hystériques des manifestations organiques similaires. Puis, cherchant, parmi les caractères de la maladie, ceux qui, communs à tous les phénomènes hystériques *indiscutables*, leur sont exclusivement propres, il a proposé, à la Société de Neurologie, en 1901, la définition suivante :

L'hystérie est un état psychique *rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner*. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et, accessoirement, par quelques troubles

secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion, avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés aux troubles primitifs.

Le 28 juin 1906, M. Babinski, dans une remarquable conférence faite à la Société de l'internat des hôpitaux de Paris, a modifié cette première définition de la façon suivante :

L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles que l'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs.

Vous voyez tout de suite, sans que j'aie besoin d'insister, ce en quoi cette deuxième définition diffère de la première ; l'auteur a supprimé dans la deuxième le membre de phrase suivant de la première : « *rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner* », et il a bien fait. Il échappe ainsi aux objections que l'on pouvait faire à la théorie de l'auto-suggestion. Cette formule, en effet, était vague. D'une part, elle s'appliquait à d'autres maladies de l'esprit ; d'autre part, il n'est pas prouvé, malgré les consciencieux travaux des psychologues, que les hystériques aient toujours des idées en rapport avec les syndromes qu'ils présentent, car souvent, très souvent, ils ignorent totalement ce que sont ces syndromes, et ils sont obsédés par des pensées bien différentes. La définition gagne ainsi en clarté, en netteté, mais elle cesse d'être pathogénique et

devient, dès lors, une simple constatation de faits, s'appliquant d'ailleurs admirablement aux accidents *pithiatiques* de la névrose, — pour employer la juste expression de l'auteur, — mais ne s'appliquant qu'à ceux-là. Elle rejette forcément du cadre de l'hystérie une série de syndromes, de phénomènes morbides, qu'avec beaucoup de bons auteurs, avec Charcot en particulier, je considère comme étant de nature hystérique : tels les phénomènes viscéraux, méningés, vasomoteurs, trophiques, etc. Il est certain que la plupart de ces phénomènes ne peuvent être reproduits par suggestion sur d'autres individus, au moins par les procédés habituels ; de même, ils ne disparaissent que dans certaines conditions déterminées, en dehors des moyens ordinaires de la persuasion. Sont-ce là des raisons suffisantes pour ne plus les considérer comme appartenant à la grande névrose ? N'est-ce pas une faute contre la nosologie que de procéder ainsi ? Il ne faut jamais oublier que, pendant des siècles, on a nié l'hystérie masculine au nom de la définition utérine. Peut-être cependant existe-t-il un terrain d'entente qui permettrait, soit en élargissant la définition de M. Babinski, soit en incorporant les faits que je vise dans les phénomènes secondaires de l'hystérie, de rendre cette définition acceptable. C'est ce que j'examinerai dans ma prochaine leçon, sans aucun parti pris, en vous faisant connaître comment je comprends le problème posé, et en tenant compte, avant tout, de ce que montre l'examen des malades. Je ne ferai appel aux enseignements de la psychologie et de la physiologie que dans les limites où ces deux sciences me paraîtront susceptibles d'apporter quelques clartés à l'élucidation de questions encore obscures et imprécises. Je serai amené ainsi par ma démonstration à examiner ce qu'était l'hystérie à la Salpêtrière lorsque j'y étais interne, il y a de cela trente-deux ans, et ce qu'elle y est aujourd'hui.

***

Charcot l'a dit il y a longtemps : l'hystérique, en vertu d'une prédisposition héréditaire ou acquise de son système nerveux, sent et réagit à sa façon ; c'est précisément cette *réaction spéciale* qu'il s'agit d'élucider. Eh bien ! celle-ci me semble avoir son déterminisme physio-psychologique suffisamment précisé par une étude attentive des faits, pour qu'on puisse comprendre et caractériser les divers syndromes hystériques, malgré leurs dissemblances cliniques au premier abord si choquantes.

Les observations des malades, éclairées par les travaux des psychologues, montrent, en effet, que ce qui manque à l'individu atteint de cette affection, c'est le contrôle du moi sur la réalité des conceptions ou des perceptions qui s'imposent à lui. Une série de sensations correctrices, psychiques, motrices, sensitives, tactiles, musculaires, articulaires ou autres, n'étant pas à la disposition de l'hystérique parce qu'elles ne sont plus perçues — peu importe le mécanisme invoqué — il en résulte que celles qui sont nettement enregistrées prennent une force, une ampleur, un relief exagérés et deviennent ainsi pathologiques. Un mot caractérise justement ce fonctionnement irrégulier du moi dans ce cas, celui de *suggestibilité*, cet état n'étant d'ailleurs que le déséquilibre d'une fonction primitivement normale. Son degré, sa profondeur sont précisément en raison inverse du contrôle que l'individu peut exercer sur ses diverses fonctions. Lorsque la suggestibilité est portée à l'extrême on voit éclater dans toute leur intensité les innombrables manifestations de la névrose, en rapport immédiat avec les pensées, les représentations mentales, les sensations, surtout très émotives. En un mot, tout ce qui peut troubler, volontairement ou involontairement, le fonctionnement des innombrables rouages qui, dans leur dépendance réciproque, assu-

rent l'unité du moi, est le prétexte ou l'occasion de leur déclanchement. Or, ces rouages sont les réflexes cérébraux représentés par les multiples arcs idéo-sensitifs, idéo-moteurs, idéo-sensoriels, sensitivo-moteurs, sensitivo-sensoriels, etc., etc., d'où dépendent les mouvements, les sensations, les émotions, les idées, les divers processus mentaux, et, également, la perception intérieure ou personnelle. Le désordre du moi de l'hystérique, sa manière de réagir et de sentir, créée brusquement ou lentement, se résume donc en une modification plus ou moins durable du régime des réflexes cérébraux, laissant ceux-ci, sans frein correcteur, fonctionner à faux et produire tels ou tels désordres pathologiques dans les divers domaines dont ils étaient chargés d'assurer le fonctionnement régulier. Cette modification du régime des réflexes ne coexiste avec aucune trace de lésions matérielles, ou, du moins, celles qui ont été rencontrées (malformations de la moelle, scléroses légères, etc.) ne sont certainement pas le fait de la psycho-névrose. Nous venons encore de le constater récemment à la Salpêtrière, à l'autopsie de deux anciennes hystériques, dont le système nerveux a été examiné à l'aide des méthodes perfectionnées dont on dispose aujourd'hui. Il semble donc bien qu'il ne s'agit, dans l'espèce, que d'un simple trouble fonctionnel du dynamisme nerveux.

Si je ne m'abuse, la conception générale que je viens d'exposer permet de comprendre l'infinie variété des symptômes hystériques et ce qu'ils ont de si troublant dans leurs multiples expressions cliniques. Examinons maintenant successivement les divers syndromes, et tout d'abord les *anesthésies*.

Je n'insiste pas sur la description du symptôme ; je vous rappelle seulement que la disposition topographique, à limites tranchées, de ces anesthésies, ne répond jamais à aucun territoire anatomique connu. C'est pourquoi certains

auteurs tendent à les considérer comme des phénomènes contingents. d'autosuggestion, souvent déterminés par les recherches de l'observateur. Qu'il en soit ainsi parfois, d'accord ; mais dire toujours, c'est aller trop loin. J'ai rencontré ces anesthésies chez des malades n'ayant jamais été examinés par personne, médecin ou autre, et cela en pleine campagne, et chez des gens qui ne connaissaient pas même le nom de la maladie. D'ailleurs, peut-on admettre que les marqueurs du moyen-âge provoquaient eux-mêmes cette anesthésie quand, avec le fer rouge, ils trouvaient la marque du diable, stigmate si tenace que celles qui en étaient atteintes le conservaient et qu'il les conduisait au bûcher ?

Cette théorie de la suggestion directe ou indirecte est trop simpliste pour n'être point contestable ; elle n'est que la reprise, sous une autre forme, de la conception de Moëbius, celle des *représentations*. J'ajoute que même si cette anesthésie était *toujours* créée par les recherches systématiques du médecin, sa facilité à apparaître chez ces malades n'en constituerait pas moins un caractère important et bien spécial à la réaction du système nerveux de l'hystérique.

Or, comme les travaux de Janet l'ont surtout montré, l'anesthésie hystérique est d'origine psychique, mais en dehors de la personnalité consciente. Il s'agit, en effet, de sensations qui sont enregistrées, mais non perçues par le moi. Et ce défaut de perception pouvant porter sur telle ou telle modalité des diverses sensations, on comprend comment l'anesthésie, sensitive ou sensorielle, peut se présenter suivant des types variables à l'infini.

D'autres fois ces mêmes sensations sont bien enregistrées et perçues, mais non contrôlées par les nombreux éléments qui apportent normalement un élément correctif à toute perception ; elles sont, de par cet isolement, ressenties d'une façon violente, exagérée ; de cette manière se comprennent les diverses variétés d'hyperesthésie. Ainsi, la pathogénie de ces troubles d'anesthésie ou d'hyperesthésie relève de la

même pathogénie, quelle que soit la fonction de l'organisme qu'ils atteignent, sensibilité spéciale ou générale, profonde ou superficielle.

Voyons maintenant rapidement les autres manifestations, d'apparences somatiques, de la névrose.

Dans la genèse des *paralysies et des contractures*, nous trouvons un trouble physio-psycho-pathologique semblable, à savoir l'absence de cette correction que le psychisme intelligent apporte, à l'état normal, aux perceptions. Un concept mental erroné — dans l'espèce, l'idée d'impuissance motrice — imposé à l'esprit suivant un mécanisme variable (un choc traumatique par exemple) n'étant pas contrebalancé par certaines sensations élémentaires — pour le cas particulier, les sensations tactiles, musculaires, articulaires — peut dès lors se réaliser objectivement, à l'insu du sujet et contre sa volonté, sous la forme d'une paralysie complète. De même, quand, à la suite d'un coup léger sur le genou, se développe très rapidement une contracture intense des muscles de la cuisse, tout à fait hors de proportion avec la violence du traumatisme, c'est que la sensation perçue a mis en branle, à son summum, du fait du terrain hystérique, l'appareil normal de défense, le tonus musculaire. Le phénomène de détente ne se produit pas, parce que les sensations correctrices n'existent plus et qu'il y a oubli, dans la personnalité consciente, des mouvements volontaires qu'il faudrait exécuter pour détruire la contracture.

Paralysies et contractures me conduisent à vous dire quelques mots des *troubles des mouvements*. Ceux-ci ont un caractère commun ; ils sont systématisés, c'est-à-dire qu'ils ne se montrent que dans certaines conditions déterminées, toujours les mêmes. Vous vous rappelez le contraste frappant qui existe chez l'individu qui ne peut ni marcher ni se tenir debout, alors qu'il rampe à genoux, qu'il saute à cloche-pieds, etc C'est là un exemple saisissant du trouble psychique si spécial à l'hystérique : il n'a oublié que les

mouvements de la marche et ceux de la station debout, et il a conservé les autres.

Les *tremblements*, les diverses variétés de *mouvements choréiques : mouvements rythmiques* ou *arythmiques*, se comprennent tout aussi aisément. Dans le cas de *tremblement*, c'est un fragment de l'émotion primitive qui persiste, objectivé. Dans la *chorée hystérique*, c'est un souvenir latent, dérivant d'un acte professionnel ou autre, mis en branle par tel ou tel concept mental, lui-même subconscient ou tout à fait automatique, qui engendre ces mouvements anormaux, illogiques, absurdes quand on les considère dans le présent, alors qu'en réalité, à l'origine, ils ont répondu à une nécessité créée ordinairement par le métier du malade : forgerons, danseurs, couturières actionnant la machine à coudre avec leurs pieds, etc., etc. Les faits rapportés par Janet sont, à ce point de vue, tout à fait démonstratifs et je vous en ai présenté de semblables dans cet amphithéâtre.

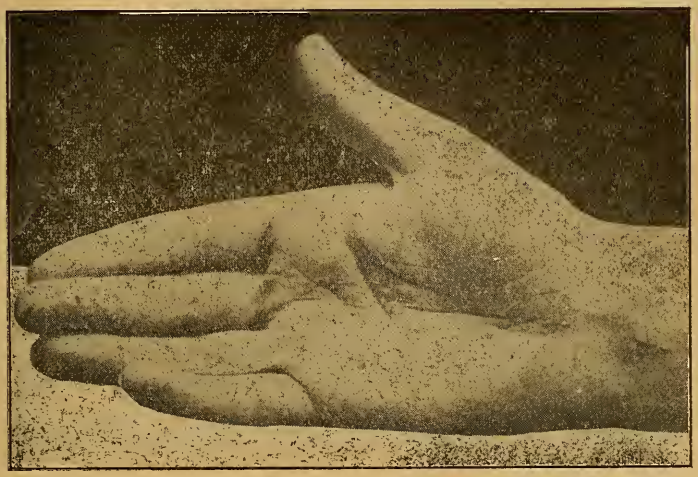
J'arrive aux *troubles circulatoires et trophiques*. Ces troubles, je vous le rappelle, ont été surtout étudiés et codifiés par Charcot dans cet hospice. Sans doute, avant lui, on en trouve ça et là des observations éparses dans les divers recueils scientifiques, mais le premier il les a envisagés au point de vue doctrinal. Dans la thèse de son élève Athanassio, il a écrit cette phrase textuelle : « La lésion anatomique de l'hystérique échappe encore à nos moyens d'investigation, mais elle se traduit, d'une façon indéniable, à l'observateur attentif, par des troubles trophiques analogues à ceux qui se voient dans les cas de lésions organiques du système nerveux central ou des nerfs périphériques ». Pour trouver cette lésion anatomique, il faudrait, au préalable, savoir exactement ce qu'est le fonctionnement vital troublé et à quelles modifications histologiques il correspond. Nous n'en sommes malheureusement pas arrivés à ce point.

Devons-nous pour cela nier les manifestations trophiques et vaso-motrices en tant que phénomènes hystériques ? C'est à quoi sont obligés tous ceux qui font, *à priori*, reposer l'hystérie sur une base trop étroite. Or, je ne me crois pas le droit d'éliminer, comme le fait M. Babinski, ces symptômes d'observation courante, parce que leur mécanisme est incomplètement connu. Que, dans la multitude des faits publiés, il s'en soit glissé de nombreux se rapportant soit à la simulation, soit à une affection concomitante, je le crois bien volontiers ; néanmoins. il est des observations de ce genre authentiques et inattaquables. Vous en trouverez un certain nombre dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux, de la Société de médecine légale, de la Société de neurologie ; celles de MM. Dufour, Sollier, Brouardel, etc., sont particulièrement intéressantes. J'en ai, pour ma part, publié plusieurs, soit seul, soit avec mon collaborateur Janet ou mes chefs de clinique. En 1889, en particulier, étant médecin de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai relaté, dans le *Progrès médical*, le cas d'un cuisinier qui, plus tard, fut présenté par Charcot à la Clinique de la Salpêtrière. Il avait un œdème considérable de la main, avec légère élévation de la température de la peau, en même temps qu'une coloration rouge accentuée de celle-ci, si bien que le malade fut d'abord envoyé en chirurgie. Là, on prit l'œdème pour un phlegmon et on incisa largement. Il ne s'écoula rien et le patient fut évacué sur mon service parce que l'opérateur avait été frappé de son insensibilité aux coups de bistouri. Le malade avait, en effet, en plus de son œdème, une hémianesthésie totale du côté correspondant, y compris la main. J'avoue avoir cru à un rhumatisme chronique avec œdème et stigmates hystériques surajoutés ; c'est sous ce titre que je publiai l'observation. Charcot, à qui j'adressai le sujet, rectifia mon diagnostic et fit celui d'œdème hystérique. Il avait raison. Quelque temps après sa sortie de la Salpêtrière, le susdit cuisinier ayant hérité par hasard de plusieurs billets de mille francs, guérit

subitement et de son œdème et de son hémianesthésie. Je n'avais pas songé à lui faire cette suggestion, très spéciale ! De même, une de mes malades, que j'ai présentée dans cet amphithéâtre à un de mes cours du mardi, au mois de novembre dernier, a guéri brusquement d'un œdème assez considérable de la main et de troubles trophiques considérés comme rhumatismaux (rhumatisme infectieux), le tout développé sur un terrain hystérique, à la suite d'un syndrome, abominablement douloureux, de névrite ascendante due à l'infection d'une plaie de l'un des doigts de la main œdématiée. La suggestion de guérison a été, dans ce cas, l'immersion volontaire de la patiente dans l'eau froide de la piscine de Lourdes ! Aucune dialectique persuasive — et il y en avait eu de fort éloquentes, faites par mes chefs de clinique — n'avait eu de prise sur ces manifestations de la grande névrose. Dans ces deux cas, il s'est agi de *persuasion armée* ; dans le premier cas, la joie causée par un héritage inespéré ; dans le second, la foi qui guérit, comme l'enseignait Charcot. Ces deux éléments d'action ne sont pas à la portée de tous les psychothérapeutes.

Tout récemment, j'ai vu — et M. Babinski a aussi examiné la malade, ainsi que mon collègue Thiroloix — une jeune fille de dix-sept ans, laquelle, à la suite d'une plaie insignifiante d'un des doigts de la main droite, ayant d'ailleurs guéri facilement, ressentait des douleurs violentes dans le bras correspondant. Elle était anesthésique totale pour ce membre ; après une séance d'électrisation elle retrouva sa sensibilité. Avant de venir à Paris, examinée par de nombreux médecins, elle avait présenté, paraît-il, de la dissociation de la sensibilité, sans doute créée par eux. En outre, elle fit des bulles de pemphigus dans la paume de la main et à la face interne de l'avant-bras anesthésié. En présence de ce syndrome, les avis furent partagés, les uns tenant pour la syringomyélie, les autres pour la névrite ascendante ; en fait, il s'agissait d'un syndrome hystérique. J'ai reçu hier la photo-

graphie ci-dessous de la paume de la main et de l'avant-bras de cette jeune fille.



Voici ce qu'elle a écrit elle-même derrière :

Il y a environ trois mois, à la suite d'une coupure ou écorchure à l'index de la main droite, j'ai eu une petite plaie qui a suppuré. Puis, au bout de quelque temps, lorsque la plaie fut guérie. j'ai ressenti dans le bras de violentes douleurs. Un jour, après avoir fait du crochet, je me suis aperçue que j'avais une ampoule au milieu de la main. Puis, à partir de ce jour, dès que je me servais de mon bras pour jouer du piano ou pour tout autre travail, il se produisait, dans le creux de la main et sur le devant de l'avant-bras, une ou plusieurs ampoules. Peu à peu le bras entier était devenu insensible jusqu'à l'épaule et est resté dans cet état jusqu'après une séance d'électricité.

Depuis ce temps, il a recouvré sa sensibilité, mais les souffrances n'ont pas disparu et, après certains travaux, il se forme de nouvelles ampoules pleines d'un liquide quelquefois transparent, quelquefois plus épais, comme du pus.

Ces ampoules durent deux ou trois jours et laissent les traces qu'on peut voir sur la photographie.

En outre, sur sa carte reçue le 22 mai, le père de la jeune fille m'écrit : « L'enfant souffre toujours beaucoup et l'apparition des *phlyctènes* est continue ». J'ajoute *qu'il n'y a pas de supercherie possible* étant donné le milieu.

Je veux encore vous rappeler — car ces faits le méritent — ce cas d'œdème bleu de la main et de l'avant-bras que j'ai communiqué avec Cestan, en 1901, à la Société de neurologie. Œdème, coloration violette, éruption pemphigoïde, abaissement de température et anesthésie, tout était sous la dépendance d'une idée fixe subconsciente, en rapport avec l'évolution d'un panaris, et tout disparut avec la cessation de l'état émotif primaire. La malade, isolée pendant des semaines dans le service spécial de Janet, a été attentivement surveillée, et je puis affirmer qué la supercherie n'avait pas non plus été possible.

Il ne faut donc pas nier ces phénomènes, mais tâcher de les comprendre. Or, je crois qu'on peut les expliquer par la théorie physio-psychologique rationnelle de l'hystérie, et cela sans violenter les faits En somme, c'est dans le domaine des fonctions organiques, soustraites en grande partie à l'influence de la volonté, que ces manifestations se produisent. Mais l'indépendance de ces fonctions organiques est-elle aussi absolue qu'elle le semble ? Je ne le crois pas. Est-ce que les émotions ne déclanchent pas l'appareil circulatoire central et périphérique ? Est-ce qu'elles ne troublent pas toutes les fonctions organiques ? Evidemment si ; seulement, dans les conditions habituelles, chez l'individu normal, tout rentre dans l'ordre plus ou moins rapidement. Mais en est-il de même dans tous les cas ? Ne peut-il se faire, en particulier sur le terrain hystérique, et toujours pour les mêmes raisons (sensations annihilées, comme le prouve l'anesthésie superposée ; absence de contrôle correctif, le tout dérivant d'une réflectivité corticale troublée), que le mécanisme mis en branle parvienne, à cause de cela, jusqu'au degré extrême, jusqu'à l'état pathologique, créant, suivant les cas,

la rougeur permanente, les érythèmes, les sueurs, l'urticaire, les œdèmes, les bulles, voire même les hémorragies ? Sans doute la localisation de l'une ou de l'autre de ces manifestations s'effectue en raison de circonstances adjuvantes (grattages, traumatismes légers. etc.), mais cette ampleur, cette exagération de la réaction fonctionnelle réflexe est précisément le cachet du terrain hystérique.

Je me demande même si certaines manifestations générales, comme la fièvre, ne peuvent pas se comprendre ainsi. Je dois à la vérité d'ajouter que je n'ai, pour mon compte personnel, jamais observé de ces élévations de température ; mais je n'oublie pas que de très bons observateurs, mon collègue Déjerine en particulier, en ont publié de remarquables exemples. Tout ce que je viens de dire s'applique d'ailleurs aux divers troubles viscéraux considérés comme hystériques : troubles méningés, circulatoires, respiratoires, digestifs, rénaux, vésicaux, etc.

J'arrive à l'*attaque hystérique*, au *paroxysme convulsif*. Je ne vous en ferai pas la description ; vous la trouverez dans tous vos classiques. Vous avez pu l'observer dans cette clinique et je vous la remontrerai tout à l'heure. Vous le savez, cette attaque résume les symptômes de la psycho-névrose ; elle les contient tous en germe, y compris les hallucinations, le délire, la reviviscence de la mémoire, etc. On peut dire, d'une façon générale, qu'elle est une manifestation bruyante, tourmentée, presque tortionnaire, créée parfois instantanément par des impressions émotives vraies ou imaginaires (rêves terrifiants par exemple), produisant un trouble subit de tous ou de presque tous les réflexes corticaux. Ce trouble engendre ainsi dans les divers départements, psychiques, moteurs, sensitifs, etc., dont ces réflexes sont chargés d'assurer le fonctionnement régulier, des réactions violentes plus ou moins durables. Plus tard, par le mécanisme de la *réévocation*, provoquée par des causes psychiques ou physiques, mettant en jeu, consciemment ou non, les souvenirs se rapportant au choc primitif,

ces crises se reproduisent, toujours plus ou moins semblables à elles-mêmes, parfois pendant des années ! L'attaque hystérique est donc tout entière d'origine physio-psychique, tout comme le *somnambulisme* et les *fugues* dont je vous ai montré de beaux exemples. Dans ces dernières manifestations, la désagrégation de la perception et la dissociation des opérations psychologiques sont au maximum et produisent le dédoublement complet de la personnalité. C'est dans ces personnalités secondaires, alternantes ou sous-jacentes au moi conscient, que se développent, en général, les idées fixes, sans qu'on puisse toujours *déterminer* celles qui créent les syndromes. Ces idées fixes sont le plus souvent inconscientes, contrairement à celles des psychasthéniques.

La désagrégation du moi par le mécanisme des réflexes cérébraux troublés, paraît donc bien être la loi fondamentale de l'hystérie. Cette désagrégation nous explique les désordres des fonctions psychiques, l'amnésie, l'aboulie, les délires, les troubles du caractère. Elle nous fait comprendre pourquoi, en vertu de son isolement, une idée, un concept mental prend parfois si aisément une place prépondérante dans l'esprit de l'hystérique. Elle est à la base du déséquilibre de la fonction de la suggestibilité, et c'est à cause de ce déséquilibre que l'hystérique ressemble à un être passif, enregistrant à son insu ses impressions, ses sensations, ses perceptions, en les grossissant, en les déformant, en les modifiant, et cela toujours d'une façon inconsciente.

***

Toutes les considérations que je viens de développer peuvent, il me semble, être condensées dans la formule suivante : « La psycho-névrose hystérie — qui n'est qu'une manière spéciale de réagir et de sentir de la part de l'individu atteint — résulte d'une modification particulière du dynamisme nerveux, caractérisée par un trouble du régime des réflexes

corticaux ou sous-corticaux. Ceux-ci, inhibés ou excités, engendrent la dissociation des opérations physio-psychologiques et leur fonctionnement isolé et sans contrôle ; ainsi sont créés des syndromes nerveux, plus ou moins durables, dans les divers domaines que règlent ces réflexes ». Une partie de ces syndromes obéit à la loi formulée dans la définition de Babinski ; ils sont *pithiatiques*. Une autre partie est réfractaire à cette loi, et cependant ces syndromes sont hystériques, car eux aussi semblent être le résultat de suggestions particulières, en dehors de celles que nous pouvons faire ; en outre, s'ils résistent aux influences persuasives ordinaires du médecin, ils cèdent cependant à d'autres influences du même ordre, mais ayant une autre origine.

Vous voyez bien, maintenant, en vous tenant aux termes de la formule que je viens de vous proposer — et sans que j'aie besoin d'insister — en quoi l'*hystérie* diffère de l'autre grande psycho-névrose, de la psychasthénie. Cette dernière, évoluant sur un terrain dégénératif, est essentiellement caractérisée par une série de troubles psychologiques allant en progression croissante, toujours connus du sujet et appréciés par lui avec une conscience suffisante.

Il en est tout autrement des accidents hystériques qui ne sont jamais réglés dans leur apparition et qui se développent à l'insu du sujet. Ces deux constatations fondamentales séparent nettement les deux psycho-névroses l'une de l'autre Et, d'après tout ce que je vous ai dit, vous comprenez aisément aussi pourquoi le pronostic est si différent dans les deux cas. L'avenir du psychasthénique — vous vous le rappelez sans doute — est bien plus sombre que celui de l'hystérique. L'hystérique peut toujours guérir, et définitivement, si on sait faire rentrer son système nerveux dans l'ordre ; le psychasthénique ne guérit jamais complètement. On peut amender son état ; on n'en fait pas disparaître la base fondamentale, les stigmates.

***

J'aborde maintenant un autre côté de la question, non moins important à envisager que les précédents, celui qui est relatif à la facilité de création des syndromes hystériques sous l'influence des recherches médicales ou autres.

Il vous est facile de vous rendre compte, d'après les considérations précédentes, pourquoi l'état hystérique constitue un excellent champ de culture dont les médecins ont été, et sont encore souvent, involontairement, inconsciemment, les trop bons ensemenceurs. En face des multiples manifestations de la grande névrose, ils se sont mis à l'étudier avec ardeur, avec conviction. Charcot, mon illustre maître, a déployé toute sa sagacité clinique géniale à codifier l'hystérie, et il y a pleinement réussi. En des pages admirables, aidé en cela par la phalange compacte de ses élèves parmi lesquels il y avait d'excellents observateurs (l'un d'eux était, en plus, un grand artiste), il a décrit les multiples manifestations de la névrose et il l'a fait avec un talent auquel tous les médecins ont rendu justice. Je vous rappelle que, l'un des premiers, il avait pressenti l'importance de l'étude de l'état psychique des hystériques et montré la valeur de l'idée fixe dans la genèse de la maladie.

En 1875 j'avais l'honneur d'être son interne dans cet hospice. Une salle entière était consacrée aux hystériques. J'ai connu ici, personnellement, toutes les hystériques de marque de cette époque, notamment Geneviève Marcilier, l'hystérique aux grandes crises, chez laquelle l'attaque se déroulait en tableaux impressionnants, dont les diverses phases ont été fixées par Paul Richer sur les admirables dessins que vous voyez. Celles-là sont mortes, mais il en existe encore des époques subséquentes. Voici Amélie Ch., réalisant l'association de l'hystérie et de l'épilepsie, actuellement internée pour des impulsions dangereuses ; Marie Ab., qui présentait, avec

ses crises, des troubles d'amnésie et de régression de la personnalité ; Camille B., Blanche V., de grandes hypnotisables ; Marguerite B., dont les attaques étaient suivies de crises prolongées de sommeil hystérique. Voici encore Georgette V., astasique-abasique, par périodes, depuis près de vingt ans ; elle est revenue à nouveau ces temps derniers, et je vous l'ai déjà présentée. Presque toutes ces anciennes hystériques, guéries aujourd'hui, sont employées dans le service ; mais l'une d'elles, encore un peu en puissance de la maladie, va me permettre de vous montrer la grande crise d'autrefois. Il me suffit pour cela, vous le voyez, de comprimer la région ovarienne gauche. Voici la crise avec, successivement, sa phase épileptoïde, sa phase de contorsions, celle d'attitudes passionnelles, de délire. J'espérais aussi pouvoir vous montrer la fameuse Etch., qui a servi de sujet à Charcot pour établir la réalité de l'ischurie et de l'anorexie hystériques (elle est restée quatre mois sans manger pour ainsi dire quoi que ce soit) ; malheureusement, j'ai attendu trop longtemps pour faire cette leçon ; Etch. est morte, il y a quelques mois, dans les divisions. Ce n'était plus qu'une vieille femme de soixante-dix-sept ans, ratatinée, semblable à beaucoup d'autres de son âge et de sa condition. Elle n'avait plus rien de l'hystérique, et cela depuis des années, depuis l'époque à laquelle elle avait cessé d'être réglée. C'était un sujet admirable qui, lorsque j'étais interne, présentait, avec une régularité mathématique, surtout au moment de ses règles, les grandes crises d'hystérie, apparues chez elle en 1855, à la suite d'une tentative de viol. Elle était tombée dans le feu pendant la première attaque. On voyait encore sur son visage les traces des brûlures datant de cette époque.

Je vous engage vivement à relire les leçons consacrées par Charcot à cette malade (*Maladies du système nerveux*, t. I, 1892, p. 285, etc.). Vous y verrez comment l'illustre maître a été amené (lui qui était en garde contre les mises en scène des hystériques) à décrire l'ischurie hystérique, quelles

précautions minutieuses il avait prises contre la supercherie, comment celle-ci n'avait pas été possible. D'ailleurs, Etch. a eu une nouvelle attaque d'ischurie lorsque j'étais interne ici, en 1875, et j'ai pu la suivre. Elle a guéri brusquement, et de ses contractures, qui duraient depuis des années, et de sa nouvelle attaque d'ischurie, le jour de la Fête-Dieu, pendant la procession du Saint-Sacrement devant l'infirmerie, et au moment précis où le prêtre agitait l'ostensoir !

Recherchons maintenant pourquoi ces malades sont aujourd'hui beaucoup plus rares qu'autrefois.

Une des premières raisons, c'est qu'on ne s'en occupe plus, autrement que pour tâcher de les guérir. Elles sont isolées dans le service particulier de mon collaborateur Janet ; ou bien, si nous en conservons quelques-unes dans les salles communes de la clinique pour l'instruction des élèves, nous nous bornons à rester spectateurs attentifs des phénomènes qu'elles présentent, et nous cherchons à y remédier par les moyens dont nous disposons. En particulier, nous les isolons des autres malades, dans leur lit entouré de rideaux, suivant en cela l'excellente pratique de mon collègue Déjerine ; quelquefois même — lorsque le cas n'est pas sévère — il suffit pour les guérir de les menacer de cet isolement. Dans tous les cas, nous ne les laissons plus en contact les unes avec les autres ; de cette façon il n'y a pas d'entraînement par l'exemple.

Peut-on dire pourtant qu'il a existé une hystérie spéciale à la Salpêtrière, une névrose de culture et d'imitation, et que la grande crise classique n'était qu'un produit de la suggestion ? Pareil raisonnement pourrait s'appliquer aussi bien aux *possédées* du moyen-âge, qui étaient, elles aussi, des hystériques avérées. N'a-t-on pas vu, d'ailleurs, cette maladie, qui semblait disparue depuis la fin du XVIIIe siècle, revenir en France en 1857 sous forme d'*hystéro-démonopathie*, à quelques heures de Thonon-les-Bains, dans un village de 2.600 habitants. Or, dans ces cas, mettre la

suggestion ou l'auto-suggestion au point de départ des manifestations hystériques constatées ne me paraît pas exact ; ce sont les *circonstances* et le *milieu* qui créent la maladie, et celle-ci n'a pas été plus spéciale à la Salpêtrière qu'elle ne le fut à Loudun ou autour du tombeau du diacre Pâris. Sans doute, ainsi que Bernheim l'a fait remarquer avec raison, il y a eu, dans la façon de régler les étapes des crises, quelque chose d'artificiel, car chaque hystérique les fait comme elle peut ; n'empêche que, de temps à autre, nous voyons encore, à cette clinique, de ces grandes crises chez des malades envoyées de la campagne et n'ayant jamais été examinées par personne. De même, nombre de faits étiquetés, il n'y a pas longtemps encore, délires ou confusions hystériques, sont, actuellement, considérés comme des psychoses toxiques ou des débuts de démence précoce.

Une autre raison pour laquelle la maladie est plus rare qu'autrefois à la Salpêtrière provient de ce que l'hystérie étant aujourd'hui connue de tous les médecins, cet hospice n'est plus le miroir autour duquel, fascinées, les hystériques tournaient autrefois ; partout, actuellement, on les reçoit et on les soigne. Pourtant, je puis mettre aujourd'hui sous vos yeux deux malades, une femme et un homme, dont l'affection relève bien de la « grande hystérie », telle que les descriptions de Charcot nous l'ont fait connaître.

La femme, âgée de quarante-cinq ans, vient du service de mon collègue le professeur Déjerine ; il me l'a obligeamment envoyée pour servir à votre instruction, et je tiens à l'en remercier publiquement. Chez elle, la première crise d'hystérie a débuté brusquement à l'âge de treize ans, à la suite d'une tentative de viol. La malade fut d'abord deux mois sans connaissance ; ensuite, ayant repris conscience, elle eut les grandes crises classiques ; celles-ci se reproduisirent, à intervalles plus ou moins rapprochés, pendant deux années. Revenue à la santé au bout de ce temps, elle se maria à dix-huit ans et eut cinq enfants. Il y a dix ans, elle

perdit son mari et trois enfants. Sous l'influence de son légitime chagrin elle tente de se suicider ; puis, la tentative avortée, elle tombe en délire accompagné d'attaques convulsives violentes. Après l'une d'elles, elle se trouva dans la situation présente, qui dure maintenant, et sans aucun changement, depuis presque le même laps de temps. Ce qui domine, ce sont des contractures permanentes, exagérées, invraisemblables, des muscles volontaires des deux membres inférieurs, du bras gauche et des muscles du tronc. Les déformations des pieds, en extension forcée, sont énormes. Quant au bras gauche, il est littéralement tordu en dehors, en supination forcée ; on dirait qu'il existe une luxation de l'épaule. On ne peut imprimer de mouvements à aucun des segments des membres contracturés ; de même, on ne peut mettre en évidence aucun réflexe tendineux, tellement les contractures sont intenses. Pourtant, les masses musculaires n'ont pas subi d'amaigrissement notable. De plus, il existe très probablement une semblable contracture du sphincter vésical, car la malade a des besoins fréquents et impérieux d'uriner. Enfin, on note une anesthésie totale généralisée, sauf au sommet des os du crâne — région frontale — où l'on rencontre encore la perception osseuse.

L'homme, âgé de trente-cinq ans, photographe de son métier, est, lui aussi, un grand hystérique. Actuellement, comme vous pouvez vous en assurer, c'est un astasique-abasique classique ; je n'insiste pas. En plus, il a de grandes crises convulsives hystériques ; hier encore il en a présenté une dans le service, et ces crises débutent, le plus généralement, par une phase épileptoïde. Elles ont commencé en 1894, pendant qu'il faisait ses vingt-huit jours à Rochefort, dans l'infanterie coloniale. La première a été caractéristique. Il venait, quelque temps avant de se rendre au régiment, de perdre un enfant, ce dont il avait éprouvé un grand chagrin ; de plus, il restait affaibli à la suite d'une angine. Un jour, en marche avec la colonne, il éprouve un

trouble général ; il rentre cependant au quartier avec les autres et s'endort dans la chambrée. On le réveille brusquement, au bout de quelques heures, pour aller à la théorie ; il entre alors en fureur, il crie, se débat, veut grimper après les murs, etc. On appelle le médecin ; il se précipite sur lui et cherche à l'étrangler. Quatre jours après, il revient à lui sur le lit de sangle du cabanon où on l'avait transporté ; il avait complètement oublié ce qui s'était passé ! Il rentre ensuite à Paris, et pendant neuf ans il ne se produit rien de particulier. Sa femme le quitte alors ; il a encore d'autres chagrins. Dans ces conditions, les crises reviennent ; de plus, il fait des fugues nettement hystériques ; quelques-unes ont duré quatre jours. N'ai-je pas raison de vous le présenter comme un grand hystérique ? D'ailleurs, presque toutes les années j'ai montré, dans cet amphithéâtre, des cas plus ou moins analogues ; l'espèce n'est donc pas totalement perdue, et ces divers faits cliniques le prouvent.

A l'époque où l'on opposait la psycho-névrose, maladie fonctionnelle, aux affections organiques du système nerveux, on groupa autour de ce nom d'hystérie tout ce qui ne paraissait pas relever d'une altération anatomique. Dans ce premier essai de classification, on confondit naturellement des faits qui, à l'heure actuelle, sont rangés dans leur véritable cadre par la connaissance plus approfondie d'une autre psycho-névrose, la psychasthénie, et de certaines maladies mentales, en particulier de la démence précoce. C'est ainsi qu'à côté de l'astasie-abasie hystérique ont pris place les tics de la marche, les spasmes et les diverses phobies inhérentes à cet acte.

***

Des diverses considérations dans lesquelles je viens d'entrer découle donc cette conclusion que la grande hystérie n'est pas réduite, comme certains le disent, au souvenir

d'une épidémie éteinte ; je viens de vous montrer des exemples bien convaincants de cette variété de la névrose. J'ajoute que les malades ne changent pas autant qu'on le croit ; ce sont plutôt les observateurs qui changent leur manière de voir.

Il apparaît néanmoins très clairement, pour tout esprit impartial, que beaucoup des phénomènes de la grande hystérie sont souvent le résultat de recherches faites par le médecin sur les malades. Leur suggestibilité est telle qu'ils emmagasinent, à leur insu et à l'insu de l'observateur s'il n'y prend garde, les conceptions émises devant elles ; et ces conceptions peuvent se réaliser si rapidement, en dehors de leur volonté et au cours même de l'examen, qu'on les croirait établies antérieurement. Voilà comment, à mon sens, il faut comprendre la genèse d'un grand nombre de manifestations de la névrose. Ce que le médecin fait involontairement, d'autres causes le produisent également, soit que des circonstances extérieures impressionnantes, religieuses, dramatiques ou autres, atteignent vivement l'état affectif du sujet, soit que des représentations pathologiques du même ordre frappent sa suggestibilité. Ainsi se comprennent les épidémies des possédés du moyen âge, celles, plus rapprochées de nous, des religieuses de Loudun et du tombeau du diacre Pâris, les états cataleptiques des fakirs des Indes, dans lesquels le principal rôle est dévolu à l'imitation et au fanatisme, qui n'est qu'une forme de délire religieux. Je ne vise pas, bien entendu, les faits qui ne sont que de pure supercherie ; tant pis pour ceux qui, dans ces sortes de choses, se laissent prendre aux apparences.

***

Les considérations qui précèdent me paraissent poser le problème de l'hystérie sur son véritable terrain. Certes, je suis loin de nier la grande hystérie ; il est certain qu'on la

rencontre encore, qu'elle peut naître sur des natures vierges de toute éducation médicale ou de suggestions étrangères, mais tout particulièrement propices, de par leur état constitutionnel, à ressentir les effets des chocs physiques violents et des émotions vives. Mais il est vrai que la grande hystérie est beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit, surtout depuis qu'il n'y a point d'entraînements par l'exemple, depuis qu'on se borne à l'observer, à la soigner, depuis qu'on ne la considère plus comme quelque chose d'un peu extra-humain ; en procédant ainsi on la fait rentrer simplement dans la pathologie. Ces remarques vous montrent avec quelle prudence vous devez étudier l'hystérique ; vous en ferez votre profit pour les questions de prophylaxie et de traitement de la grande psycho-névrose. J'aborderai ce côté important de la question dans ma prochaine leçon.

II. — Traitement de l'Hystérie

Si je ne m'abuse, ce qui ressort très nettement des considérations que je vous ai exposées dans mes deux dernières leçons, c'est que tout le problème *thérapeutique* de l'hystérie se résume dans l'obligation, pour le médecin, de ramener à l'état physiologique le système nerveux troublé. Vous vous le rappelez sans doute ; autant qu'une hypothèse est permise dans l'état actuel de nos connaissances, c'est à une modification particulière du régime des réflexes cérébraux, corticaux et sous-corticaux, que semble due la *réaction spéciale* à la psycho-névrose hystérie. Le but à atteindre est donc le rétablissement du fonctionnement régulier de ces réflexes.

Or, il existe pour cela une série de moyens, surtout d'*ordre psychique*, qui découlent tout naturellement de la genèse même de la maladie et de ses procédés de formation.

En premier lieu, et pour ne plus avoir à revenir sur cette indication générale, je vous rappelle qu'il importe que vous soigniez l'hystérique *individuellement ;* je veux dire par là qu'il faut bien prendre garde de laisser ces malades en contact les uns avec les autres, afin d'éviter l'entraînement par l'exemple. Ensuite, vous devez toujours avoir présente à l'esprit la facilité de création des symptômes sous l'influence de toutes recherches intempestives et de toutes conversations ou explications pouvant, de par la suggestibilité du sujet atteint, produire des manifestations, d'apparence somatique ou psychique, plus ou moins nombreuses, plus ou moins tenaces, plus ou moins durables, compliquant les syndromes déjà existants. Enfin, vous n'oublierez pas ce précepte fondamental, que les hystériques sont toujours ou presque toujours, de bonne foi dans leurs récits. La preuve, ainsi que Pitres l'a fait remarquer avec raison, c'est que ces névrosés ne calculent jamais les conséquences de leurs dires, soit pour eux, soit pour les autres. C'est au médecin qu'il appartient d'apprécier la véritable signification de ceux-ci.

Ces points étant spécifiés comme ligne de conduite générale, voyons ce qu'il y a à faire pour prévenir, si faire se peut, l'apparition de la psycho-névrose et pour, celle-ci étant réalisée, la guérir. Je place d'abord sous vos yeux six malades actuellement en voie de guérison :

1° L'*anorexique hystérique* que je vous ai déjà montrée. Son histoire est très simple : vous vous la rappelez sans doute. Elle peut se résumer ainsi : lourde hérédité ; premiers troubles anorexiques à treize ans, au moment de l'apparition des règles, à propos de la mort de son père et de démêlés avec sa mère. Lorsque cette jeune fille est venue ici pour la première fois, il y a trois ans, c'était littéralement un squelette ; elle refusait absolument de manger et se faisait vomir si on la forçait à s'alimenter. En outre, hémi-anesthésie

gauche ; anesthésie de la région épigastrique, etc. Rien de mental dans son état ; c'était une douce, une timide et une *entêtée ;* elle voulait se laisser mourir. On fut obligé de la camisoler, de la nourrir à la sonde, de la faire surveiller jour et nuit pour qu'elle ne rendît pas volontairement ses aliments. En six mois elle avait repris un nombre respectable de kilogrammes. Elle a quitté le service au bout de dix-huit mois, complètement guérie. Depuis quelques semaines, elle est reprise de son anorexie et elle repasse par les mêmes phases que la première fois, à cause de nouveaux démêlés avec sa mère. On s'est contenté, cette fois, de la faire manger en la mettant en état d'hypnose. Très vite, l'amélioration est survenue. Mais, de nouveau, elle s'est mise à se faire vomir ; on l'a grondée fortement. Elle est tombée alors dans un *somnambulisme monoidéique* pendant lequel elle dévorait *avec avidité* tous les aliments qu'on lui présentait, justifiant ainsi cette remarque, faite depuis longtemps, et dont vous devrez tenir compte dans le traitement de la psychonévrose, à savoir que dans l'hystérie grave, faire disparaître un syndrome n'est qu'une guérison apparente, car à celui qui n'existe plus s'en substitue un autre. Aujourd'hui, la malade est redevenue anorexique, mais elle va déjà mieux et elle a rengraissé de quelques kilogrammes cette semaine.

2° Voici maintenant Mlle G..., dix-sept ans. Vous l'avez suivie dans le service et vous avez pu assister aux diverses phases par lesquelles elle a passé avant d'arriver à la guérison définitive. Notez que les médecins de la province qui l'ont envoyée ici la considéraient comme perdue. Au début, en effet, paralysie flasque, presque totale, des muscles volontaires. Obésité énorme. Le régime, la persuasion, l'entraînement, la rééducation morale l'ont totalement ramenée à l'état normal. Elle était entrée dans le service le 21 juin 1906 ; elle est sortie cette année au mois de janvier. La guérison s'est maintenue depuis lors.

3° Ce troisième malade, un homme de vingt-trois ans.

sellier, a été guéri d'une contracture très persistante des membres inférieurs en quelques séances d'hypnotisme.

4° J'en dirai autant de cette quatrième malade, une femme de trente-trois ans, tabétique, avec *anesthésie hystérique*. Il a été très facile de faire disparaître cette dernière manifestation.

5° Mlle V..., présentée par Charcot autrefois, de nouveau astasique-abasique trépidante, a été guérie également par l'hypnose.

6° Enfin, Mme D..., âgée de trente-neuf ans, atteinte de hoquets accompagnés d'aérophagie et d'éructations, avec contractures spasmodiques du diaphragme et du pharynx, sans compter des rots en salves, le tout complété par les stigmates habituels de la psycho-névrose, a été simplement mise à l'isolement et a entendu quelques conseils persuasifs ; elle a guéri en huit jours.

Je pourrais facilement multiplier ces exemples, car il ne se passe pas de semaine sans que nous en voyions de semblables ou d'analogues.

J'ai hâte, après cette présentation de malades, d'aborder le problème thérapeutique général de l'hystérie.

***

Tout comme pour la psychasthénie, le *traitement prophylactique* devrait, logiquement, commencer par la réglementation des mariages. Je vous ai fait connaître déjà, à propos de cette dernière maladie, les raisons dérivant de nos habitudes sociales qui amènent la stérilité des efforts que l'on devrait tenter en ce sens pour prévenir les conséquences souvent si lourdes de l'hérédité. Je n'insiste pas. Mais si nous ne pouvons rien dans cet ordre d'idées, du moins est-il de notre devoir de médecins, si nous sommes consultés, de chercher à protéger l'enfant qui, de par les prédispositions de sa famille, de par les tares de ses parents, semble voué

presque fatalement aux accidents de la grande névrose. *L'hygiène physique*, *l'hygiène morale* sont ici de la plus haute importance.

L'*éducation physique* devra, tout d'abord, être l'objet de soins très attentifs. C'est à l'aide des travaux manuels, des exercices du corps, de la gymnastique, du massage, de l'hydrothérapie surtout, que vous parviendrez à rendre l'harmonie de leurs fonctions à ces petits nerveux en herbe, déjà des émotifs, à réflectivité vaso-motrice souvent exagérée, avec, parfois, de mauvais sommeils, des digestions facilement troublées, etc., etc. Ces moyens devront, si faire se peut, être mis en œuvre au grand air, à la campagne ; bien entendu, il faudra les employer sans aucun surmenage. Vous aurez profit à leur adjoindre une alimentation rationnelle, aidée, au besoin, d'un traitement tonique dans le cas où il y aurait lieu de combattre la tendance au lymphatisme et à la chloro-anémie, si fréquente chez les prédisposées.

Le développement intellectuel se fera toujours assez vite. Les parents ne sont que trop portés à vouloir que leurs enfants, le plus souvent d'ailleurs assez bien doués, soient de véritables petits prodiges. L'éducation aura à s'opposer surtout aux irrégularités de ces jeunes esprits, enclins déjà à la rêverie et à l'exagération dans leurs sentiments, comme ils le sont dans leurs actes. Elle devra lutter contre leur impressionnabilité exagérée, leur tendance à s'exalter, leur trop grande affectivité. Il faut surtout que les conversations devant eux soient très surveillées. Comme le phonographe, ils enregistrent, mais en se souvenant et en pensant. Surtout pas de vie oisive qui laisse vagabonder l'imagination ; pas de pratiques religieuses exagérées ; de quelque nature que soient les occupations intellectuelles, elles devront avoir un caractère pratique, le but à remplir étant, en somme, de développer la volonté du sujet, de l'habituer à réfléchir pour former son jugement.

Mais pour obtenir ce résultat, la meilleure pratique sera

d'éloigner l'enfant — et cela le plus tôt possible — du milieu familial. Dès le berceau même, si la mère est hystérique, le mieux est de confier l'enfant à des mains étangères. C'est le plus sûr moyen de lui éviter, dès sa jeunesse, une foule de causes d'émotions sur lesquelles je ne puis insister, émotions qui, étant donnée sa suggestibilité exagérée, ne pourront que favoriser plus tard, par leur répétition, l'éclosion de l'hystérie. A ce point de vue, et malgré ses nombreux inconvénients, l'internat, pour le garçon en particulier, vaudra mieux encore, si l'enfant est intelligemment suivi et surveillé, que l'éducation au milieu des siens. Les effets en seront favorables si le pédagogue joint la bonté à la fermeté, s'il ne se contente pas d'instruire l'élève, s'il sait être, à tous égards, un véritable éducateur; vous, médecin de la famille, vous pourrez, en pareil cas, intervenir très utilement. M. le Dr M. de Fleury a condensé, dans un livre bien connu, tous ces principes.

La puberté, chez la jeune fille, est une période pendant laquelle l'hygiène, tant physique qu'intellectuelle, doit être tout particulièrement bien dirigée. Vous savez, en effet, combien la mentalité spéciale à cet âge favorise l'apparition des accidents de la névrose. En dehors de la dépression physique qu'elle entraîne, la première menstruation est, le plus souvent, pour le sujet prédisposé à l'hystérie, l'occasion d'un choc moral violent, et c'est là précisément ce qu'il faut éviter. Contrairement à ce qui a lieu le plus ordinairement, il ne faut pas craindre de prévenir l'enfant, en temps opportun, de ce qui doit survenir et, les règles établies, lui faire comprendre qu'il s'agit là de quelque chose de tout à fait normal, de physiologique, et qu'il est nécessaire, comme pour toute autre fonction de l'organisme, de veiller à la parfaite régularité de celle-ci. Il importe aussi de prêter attention à l'apparition des premières sensations génitales qui, parfois, troublent tant l'enfant.

Je ne reviens pas sur l'hygiène physique, ni sur le traite-

ment tonique qui peut être, à ce moment, d'une réelle utilité. Vous pourrez, soit dit en passant, être consultés sur l'opportunité du mariage, tout spécialement chez la prédisposée. Si rien ne prouve que toutes les conditions matérielles et morales de bonheur seront remplies et que la jeune fille pourra rencontrer dans son mari le guide intelligent dont elle a besoin, soyez à cet égard très réservé ; en cas d'hystérie confirmée, en admettant qu'on vous demande votre avis, ce sera le plus souvent pour ne pas le suivre, les parents n'ayant qu'une idée : se débarrasser d'une fille qui est pour eux un sujet perpétuel de tourments, et l'enfant n'ayant qu'un désir : s'affranchir de la tutelle des siens.

Mais si la sortie du milieu familial semble être la meilleure mesure à prendre lorsqu'il s'agit du prédisposé, à plus forte raison nous apparaît-elle indispensable en cas de psycho-névrose confirmée. L'*isolement* doit être indubitablement considéré comme l'élément le plus puissant dans la cure de l'hystérie. Appliqué d'abord exclusivement à la thérapeutique de l'aliénation mentale, il fut accepté plus tard, grâce aux travaux de Weir-Mitchell en Amérique, de Charcot en France, comme moyen de traitement de la neurasthénie et de l'hystérie. Je vous ai dit l'abus qu'on en avait fait dans la psychasthénie. Dans ses leçons, Charcot insiste, à maintes reprises, sur la valeur considérable de ce procédé. Il réclame même, pour lui, l'antériorité « en ce qui concerne le traitement de l'hystérie et des affections connexes ». Et, de fait, spécialement employés chez les malades anémiés et amaigris, les procédés de Weir-Mitchell constituèrent au début une méthode thérapeutique plutôt diététique que psychique ; c'est à Charcot, précisément, que revient le mérite d'avoir bien compris la grande puissance curative d'un moyen dont il nous a donné, de main de maître, les indications principales.

Pourquoi faut-il l'isolement ? Parce que, lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adultes, rien n'est, en général, plus perni-

cieux que l'influence du père et de la mère — si ce n'est celle des grands-parents. Je ne puis développer ici les arguments à faire valoir en faveur d'une séparation nécessaire, arguments qui devront varier suivant la nature des objections qui vous seront faites ; mais, sachez le bien, les raisons que vous donnerez, si logiques qu'elles puissent être, ne seront pas acceptées sans conteste ; dans bien des cas vous aurez à lutter pied à pied. On vous proposera, le plus souvent, d'isoler le malade dans sa famille même, en confiant sa surveillance à une ou plusieurs gardes expérimentées. Souvenez-vous que ces demi-mesures n'ont de l'isolement que le nom et que, tant que l'hystérique se sentira dans le voisinage immédiat des siens, votre influence restera nulle (1). Les mères surtout sont terribles. Laisser partir leur enfant est pour elles chose impossible. « Comment voulez-vous que ma fille, qui ne m'a jamais quittée, se sépare de moi ? », disait un jour l'une d'elles à Charcot ; et le maître de lui répondre : « Je connais cette histoire ; savez-vous combien de temps les jeunes filles bien élevées pleurent leurs mères lorsqu'elles les quittent ? J'ai pris des notes. Il y en a qui ne les pleurent pas du tout ; c'est comme cela ; d'autres les pleurent une heure. Prenons la moyenne, si vous voulez ; c'est une demi-heure ; ce n'est pas beaucoup ».

Et de fait les choses se passent, en général, le plus simplement du monde. Après quelques scènes de larmes, l'hystérique se résigne avec la plus grande facilité ; elle apporte là encore cette mobilité dans le caractère que vous connaissez tous et change le plus souvent du jour au lendemain. Les parents, de leur côté, ont vite fait de se consoler, obligés qu'ils sont de s'avouer le soulagement que leur cause le départ de l'être qui exerçait sur eux — c'est le cas le plus fréquent — une tyrannie de tous les instants. La plupart du temps, en

(1) Charcot. — *Cliniques du mardi*, 1887-88, p. 117 et suiv.

effet, tout le monde était aux ordres de la malade, et cette sollicitude exagérée favorisait grandement le développement des accidents de la névrose, éveillés et entretenus qu'ils étaient par la présence de certaines personnes, par les conversations, par les faits de tous les jours, par les objets mêmes qui entouraient l'hystérique et qui représentaient autant de points de repère pour ses conceptions. La famille, au contraire, tournait-elle tous les maux de la malade en dérision et le prenait-elle, avec elle, sur le ton de la moquerie, le résultat était tout aussi déplorable, car si les troubles ressentis par le sujet sont surtout d'ordre psychique, ils n'en constituent pas moins, pour lui, des souffrances très réelles, très pénibles, et son humeur ne fait que s'en aigrir davantage.

Ces inconvénients multiples cessent brusquement de par l'isolement. Le malade se trouve, du coup, débarrassé d'une foule de préoccupations, et, par suite, d'autant de causes d'excitation ou de dépression ; la vie est alors pour lui simple, régulière, et le médecin peut, dès lors, prendre facilement possession d'un esprit qui résistait à son entourage habituel, et qui devient souple entre des mains étrangères, de par ce besoin même de direction sur lequel vous m'avez entendu si souvent insister. Très vite, l'hystérique, qui se sent ainsi seul, comprend que toute résistance est inutile ; bientôt, il écoutera docilement et fera tous les efforts qui seront exigés de lui, la guérison apparaissant, en somme, à ses yeux, comme l'unique moyen de revoir les siens et de mettre un terme à sa séquestration.

Il va de soi que le traitement ne sera couronné de succès que si le médecin arrive à capter complètement la confiance du malade, que s'il réussit, comme l'a fait très justement remarquer Janet, « à pénétrer le mécanisme moral de beaucoup de ses accidents ».

Mais si, chez les enfants ou les adultes dont les accidents ne sont pas de date ancienne, chez ceux dont les troubles ne

sont encore que superficiels, l'isolement peut suffire, *à lui seul*, pour amener la guérison, en permettant au malade de se ressaisir, en donnant à son système nerveux le repos nécessaire pour qu'il rentre dans l'ordre, il n'en est pas ainsi dans un grand nombre de cas, et un des avantages de la *méthode d'isolement* consiste précisément à permettre l'application de tous autres moyens thérapeutiques adjuvants.

Au début, l'isolement devra être absolu, et vous, médecin traitant — retenez bien ce conseil — vous devez rester le directeur autorisé pour tout ce qu'il y a à prescrire à votre malade, le maître absolu pour les solutions à intervenir. Ainsi seulement vous réussirez à obtenir la guérison. Vous vous rappellerez que l'isolement doit amener un changement radical dans la vie de l'hystérique. Ce n'est que peu à peu que cet isolement pourra devenir moins rigoureux. La correspondance écrite avec la famille sera tout d'abord autorisée à titre de récompense, si le malade est plein de bonne volonté et fait preuve d'une entière soumission aux prescriptions qui lui sont données. Viendront ensuite les visites des siens, puis enfin les sorties avec eux, de façon à ce que le sujet se réhabitue petit à petit à tous les actes de l'existence. Quelquefois même un séjour à la campagne pourra lui être utile avant de le replonger complètement dans son ancien milieu. Il faut, en effet, qu'il puisse y rentrer sans la plus petite appréhension, sans la moindre arrière-pensée, et qu'il trouve plaisir à se retrouver là où tout, autrefois, était pour lui sujet à troubles et à émotions. Bien souvent, d'ailleurs, l'hystérique est le premier à ne demander sa sortie que lorsqu'il se sent en état de le faire. Toutefois, si l'isolement a duré trop longtemps il peut finir par être plus nuisible qu'utile, et ce traitement, pas plus du reste qu'aucun autre, ne doit être prolongé indéfiniment. Quand, au bout de quelques mois, on ne constate, ce qui est rare, aucun résultat favorable, mieux vaut ne pas s'entêter et essayer d'un autre moyen.

Jusqu'à présent, seules les classes aisées avaient pu bénéficier des avantages de l'isolement. A mon collègue le professeur Déjerine revient le mérite d'avoir montré qu'il est possible de réaliser dans un milieu hospitalier les conditions d'un traitement psychothérapique tel qu'il se fait dans les maisons de santé. Vous savez comment, dans cet hospice même, il a réussi à organiser, avec des moyens très simples, un véritable service d'isolement. Les résultats obtenus se sont montrés très supérieurs à ceux qu'on observait jadis sur les nombreux névropathes en traitement dans les hôpitaux. Le *repos au lit,* vous le saisissez de suite, apparaît, en tant qu'il s'agit du milieu hospitalier, comme la condition nécessaire de l'isolement.

Ce procédé peut être appliqué avec grand avantage aux hystériques, dans les premiers jours du traitement tout au moins. Il constitue pour le médecin un des meilleurs moyens d'observer le malade et de prendre facilement contact avec lui. D'autre part, toutes les causes d'excitation, tant externes qu'internes, étant nécessairement réduites au minimum, le sujet lui-même se trouve au calme complet, aussi bien physique qu'intellectuel ; de ce fait, il se ressaisit, le plus souvent assez vite, et les accidents les plus bruyants de la névrose cessent, en général, rapidement. Enfin, la déperdition de chaleur étant moindre, la calorification se trouve favorisée d'autant.

En dehors de certaines localisations de l'hystérie, l'alitement est tout particulièrement nécessaire aux *anorexiques,* en général anémiés et affaiblis. Le régime lacté pourra parfois être avantageusement institué pendant quelques jours ; mais, d'une façon générale, on doit chercher à revenir le plus vite possible à une alimentation normale, sans suralimentation. La plupart du temps, en effet, la lenteur de la digestion est due à l'insuffisance de sécrétion des glandes et au défaut de contractilité du tube digestif. Seront donc indiqués tous les aliments susceptibles de raviver les fonctions diminuées,

quand elles ne sont pas, pour ainsi dire, complètement abolies. L'alimentation la plus variée est de beaucoup préférable à toute autre. La nutrition étant plus ou moins ralentie, l'augmentation de poids sera pour le malade, aussi bien que pour le médecin, le meilleur signe des progrès accomplis ; elle permettra de se rendre compte de la marche plus ou moins rapide vers la guérison. Il ne faut pas craindre, comme le dit justement Sollier, en dépit des souffrances de la digestion qu'accusent ces malades, de leur imposer — et cela en faisant prendre les repas devant soi — telle ou telle alimentation jugée nécessaire.

L'isolement n'est, pour certains psychothérapeutes, qu'un moyen auxiliaire destiné à faciliter la rééducation psychique, dont les entretiens psychothérapiques constituent l'élément principal. Qu'on doive s'efforcer de montrer à l'hystérique la fausseté de ses conceptions relativement à ses sensations, à ses impressions, en lui expliquant la véritable nature des troubles morbides qu'il éprouve, ceci ne fait de doute pour personne. Mais un fait domine tout le traitement moral de l'hystérie : le médecin doit prendre, tout d'abord, l'absolue direction de l'esprit du malade qui, de par son extrême faiblesse psychique, de par son aboulie, est incapable de se gouverner lui-même. Hors de là, pas de succès possible. Peut-on d'ailleurs prétendre, pour ce faire, s'adresser toujours uniquement à la raison du sujet ? La suggestion — ce mot étant compris dans son sens général — à l'état de veille, paraît avoir bien souvent une part considérable dans les arguments qui ne semblent, à première vue, que persuasifs, et elle est un puissant moyen de traitement. La confiance, anticipée ou acquise du malade, reste, elle aussi, un des facteurs les plus importants de l'auto-suggestion de guérison, guérison que la persuasion seule est incapable de réaliser. Mais ce qu'il faut, avant tout, dans l'hystérie, c'est faire la rééducation des éléments de la synthèse mentale, mémoire, volonté, jugement et, tout spécialement, de l'attention. Il est absolu-

ment nécessaire, en dehors de la dissociation des idées fixes, quand elles sont à la base de la névrose, de ramener dans la conscience une foule de notions qui n'y pénètrent plus ; or, c'est là précisément ce qui différencie grandement le traitement psychothérapique de l'hystérie de celui de la neurasthénie et de la psychasthénie.

Le médecin doit, pour la première, régler la vie du malade; il doit lui imposer chaque jour des travaux qui l'empêchent de rester oisif et qui, tout en ne présentant pas de difficultés pouvant amener l'ennui ou la fatigue, nécessitent néanmoins une mise en jeu de l'intelligence, un effort d'attention suffisant. Ce point a été très bien mis en lumière par M. Janet ; j'ai eu l'occasion de vous parler maintes fois de ces faits et de vous en rendre témoins dans le cours de mon enseignement.

Au surplus, la rééducation *psychique* ne peut aller sans la rééducation *physique*, avec laquelle elle est très étroitement unie. Parmi les stigmates de l'hystérie, les *troubles de la sensibilité*, tels que nous les constatons si souvent en dehors de toute suggestion attribuable au médecin, sont souvent, quoi qu'on en dise, des plus importants, des plus tenaces. Pratiquement, leur disparition, complète et permanente, est un des meilleurs signes de guérison de la névrose ; elle entraîne avec elle celle de tous les accidents hystériques concomitants : « Un hystérique n'est complètement guéri, avait coutume de dire Charcot, qu'au moment où toute trace d'anesthésie a disparu ». De là, la valeur curative des agents physiques sur ces accidents hystériques. Vous savez combien ont été nombreux à un moment donné les divers esthésiogènes employés contre les manifestations anesthésiques de la névrose. Qu'ils agissent réellement par eux-mêmes (actions mécaniques, électricité, massage, vibrations, etc., etc.), ou qu'ils semblent ne constituer qu'une suggestion armée (métaux, aimants, etc.), ces divers procédés, méthodiquement appliqués, sont autant de moyens de rééducation de l'*attention*. On pourrait à la rigueur en dire autant de la médecine d'ima-

gination (pilules au bleu de méthylène, etc.) qui n'agit, en somme, que par l'*attention expectante* qu'elle provoque.

M. Janet a bien montré qu'en dehors de ces moyens il est possible de restaurer la sensibilité en se contentant d'attirer l'attention du malade sur les parties insensibles, en lui décrivant les sensations qui vont se produire au fur et à mesure que son anesthésie se modifiera, le tout pouvant être accompagné, d'ailleurs, de quelques mouvements et du massage de la région. Non moins grand me semble être le rôle de la rééducation *de l'attention* dans tous les procédés employés par M. Sollier pour provoquer le réveil de la sensibilité. Les exercices musculaires, les mouvements passifs, forcés jusqu'à la douleur, suivant la méthode de ce dernier, la gymnastique suédoise d'opposition surtout, sont évidemment autant de moyens très puissants de rééducation de l'attention, de la volonté et du jugement. Dans bien des cas, l'intervention des agents physiques peut être d'un grand secours. Dans un travail récent, M. le Dr Magnin a rappelé les expériences qu'il avait faites, en 1883, dans le service de Dumontpallier, sur les hystériques anesthésiques, au moyen d'excitations mécaniques faibles et répétées ; les effets esthésiogènes obtenus étaient des plus nets ; même en dehors de l'action physique, les résultats étaient d'autant plus rapides « que le sujet voyait ce qu'on faisait et que son attention était plus complètement fixée sur le point excité ». De même, M. Dubois (de Saujon) a montré l'action du massage vibratoire sur la fixation de l'attention. Vous savez quels services peut rendre l'emploi du pinceau faradique dans le traitement des anesthésies. M. Delherm a bien fait ressortir la valeur, qu'en dehors de son action particulière de sommation, l'électricité peut avoir dans l'hystérie, en tant qu'agent de rééducation. Pour ne prendre qu'un exemple, il a mis en relief l'avantage qu'il y a, dans le traitement *des paralysies*, à attirer l'attention du malade sur les contractions musculaires que provoque le courant électrique, à l'inviter, en même temps qu'on

applique les électrodes, à faire l'effort de volonté nécessaire pour accomplir le mouvement. En procédant ainsi, le sujet peut bientôt exécuter seul, et sans le secours du courant, dont on diminue progressivement l'intensité, tel mouvement dont, jusque-là, il se croyait incapable. De même, les mouvements passifs, méthodiquement employés, peuvent être très utiles dans le traitement de ces paralysies. « On fera, dit Gilles de la Tourette, exécuter passivement, aux membres paralysés, les divers mouvements physiologiques à diverses reprises ».

Et en agissant ainsi, on mettra en œuvre les ressources du traitement psychique, car on réveillera, par les mouvements communiqués, les images motrices qui semblent faire défaut chez le sujet. On emploiera, concurremment avec les autres moyens de traitement, le procédé thérapeutique que Charcot expose en ces termes :

En premier lieu, dit-il dans une de ses leçons, on agit, autant que possible, sur l'esprit des malades, en leur affirmant, d'une façon formelle, que leur paralysie, malgré sa longue durée, n'est pas incurable et, qu'au contraire, elle guérira très certainement à l'aide d'un traitement approprié, au bout de quelques semaines peut-être, s'ils veulent bien nous y aider. En second lieu, les membres affectés seront soumis à une gymnastique particulière. Nous mettons à profit les mouvements volontaires qui subsistent encore chez les deux malades (présentés aux auditeurs de cette leçon), à la vérité à un degré très faible, et nous cherchons à augmenter progressivement l'énergie par un exercice très simple. Un dynamomètre est placé dans la main de chacun d'eux et on leur fait serrer de toutes leurs forces, en les exhortant à augmenter progressivement, dans chaque expérience, le chiffre que marque l'aiguille sur le cadran de l'instrument. Cet exercice est répété, régulièrement, à chaque heure du jour, environ trois ou quatre fois. Ces épreuves ne doivent jamais être ni trop prolongées, ni trop multiples. Nous avons remarqué, en effet, que quand les exercices sont poussés trop loin, ou répétés trop souvent, le chiffre maximum marqué par l'aiguille tend à s'abaisser.

J'ai tenu à vous donner cette longue citation parce qu'elle vise des faits très justes.

Si l'impuissance motrice est complète, ajoute Gilles de la Tourette, on pourra procéder de la façon suivante :

Le bras droit étant paralysé, par exemple, on place la main droite à plat, près de la main gauche saine ; puis on commande au sujet de mouvoir lentement le pouce gauche pendant qu'il fixe son attention et son regard sur le pouce droit paralysé. Ce moyen est excellent pour réveiller les images motrices. Avec un peu de persévérance, on voit, au bout d'un certain temps, toujours variable d'ailleurs, réapparaître les mouvements dans le pouce d'abord, puis dans les autres doigts, et, enfin, dans le membre tout entier. En combinant ces moyens psychiques avec les excitations physiques, on obtient presque toujours d'excellents résultats.

Pour le dire en passant, cette influence du *mouvement* sur l'*idée* et l'*attention*, se retrouve encore manifeste dans le traitement des tics et des chorées. Chez ces malades, le trouble ne porte plus sur l'énergie des mouvements, mais bien sur leur coordination. Qu'il me suffise de vous rappeler la méthode que, dès 1854, Laisné employait à l'hôpital des Enfants-Malades sur les choréiques du service de Blache. Si, dans les cas de peu d'intensité, les mouvements, bien rythmés et exécutés au commandement, pouvaient suffire, dans les cas graves, après avoir, pendant les premiers jours du traitement, pratiqué le massage général de tous les muscles, Laisné, à chaque séance, faisait d'abord garder l'immobilité absolue pendant quelques minutes, puis il employait les mouvements passifs rythmés. Or, ce mouvement communiqué produit, on le sait, un effet sédatif très marqué ; de plus, il contribue à suggérer au malade l'idée du mouvement actif, puisqu'il en rappelle l'image, et, s'il est convenablement cadencé, l'idée du mouvement bien coordonné. C'est précisément ce qui avait lieu chez les malades de Blache qui finissaient par passer insensiblement de ce mouvement passif rythmé au mouvement volontaire coor-

donné. C'est en partie sur les mêmes principes, vous le savez, que reposent les diverses méthodes proposées dans l'éducation et la rééducation des tiqueurs et vous saisissez de suite de quelle utilité peut être l'emploi de ces procédés dans le traitement des *myoclonies hystériques*.

L'exercice musculaire agit donc, ainsi que l'a montré Lagrange, sur les facultés intellectuelles qui, de prime abord, ne semblent avoir qu'un rapport éloigné avec le fonctionnement des muscles, et il contribue à développer la puissance du jugement, si nécessaire à l'exécution de tout acte bien adapté au but qu'il se propose. Les nombreuses impressions périphériques occasionnées par le jeu de nos muscles, excitent, en effet, sans cesse, les cellules de l'écorce. Si le travail musculaire se fait méthodiquement, on conçoit que les perceptions qui en sont la conséquence tendront elles-mêmes à devenir normales, si elles sont exagérées et incoordonnées. Les hyperesthésies pourront aussi être heureusement modifiées. On comprend dès lors pourquoi le massage, les vibrations, prudemment appliqués, amènent quelquefois la disparition des accidents douloureux, qui peuvent céder aussi sous l'influence d'une faradisation révulsive légère et bien maniée. Enfin, l'électricité statique donne parfois dans ces cas de bons résultats ; mais, comme pour les moyens précédents, il faut procéder avec prudence. On emploiera d'abord le bain statique général, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on tentera d'agir localement, à distance d'abord et, enfin, au contact des téguments.

C'est encore le massage qui est l'agent de guérison le plus puissant dans la thérapeutique des *contractures* et vous savez combien, en pareille circonstance, il faut se hâter d'intervenir. En dehors de celles qui succèdent aux attaques, leur apparition est loin d'être toujours brusque ; bien souvent, au contraire, elles surviennent insidieusement et, dans ces cas, elles résistent d'autant plus au traitement qu'elles durent

depuis plus longtemps. Le massage par effleurage doit être employé tout d'abord ; mais, peu à peu, il faut aller jusqu'à provoquer de la douleur, car ce n'est qu'après son apparition que la contracture cède. Du reste, la guérison des accidents hystériques, de quelque nature qu'ils soient, est toujours accompagnée d'une algie plus ou moins vive de la région qui en était le siège ; l'idée fixe elle-même, quand elle existe, ne s'en va pas sans céphalalgie. Au massage, on pourra joindre l'action du courant galvanique si la contracture s'accompagne d'hyperesthésie, l'action de l'électricité faradique si la contracture coïncide avec de l'anesthésie. Le courant électrique et le massage seront également le moyen à employer contre la plupart des *troubles trophiques* de la névrose.

La mise en jeu répétée de tous nos organes contribue à en rendre le fonctionnement plus facile et plus régulier. Vous savez combien sont démonstratifs à cet égard les résultats obtenus sur l'appareil respiratoire au moyen d'exercices d'inspiration et d'expiration, méthodiquement rythmés. Ces manœuvres augmentent l'amplitude des mouvements du poumon en même temps qu'elles le rendent moins vulnérable ; elles permettent donc de faire l'éducation et, quand besoin est, la rééducation de la respiration. On comprend donc la bonne influence que peuvent avoir ces exercices respiratoires sur les attaques de spasme, de toux, de dyspnée, et sur les phénomènes d'hystérie pulmonaire.

Tous nos viscères sont susceptibles d'être ainsi rééduqués. Comme ces modifications produites par l'exercice ne peuvent, en définitive, s'expliquer que par l'intervention des centres nerveux, on comprend de quelle utilité sont, dans le traitement de l'*hystérie viscérale,* les perfectionnements fonctionnels qu'une gymnastique méthodique — la gymnastique suédoise d'opposition en particulier — permet d'obtenir. Mais là encore il faut s'attacher à stimuler l'attention du malade et, dans bien des cas, pour obtenir ce résultat, l'action des agents physiques interviendra très utilement.

Parmi les *troubles digestifs*, qui sont de beaucoup les plus fréquents, le spasme de l'œsophage sera heureusement modifié par les courants électriques et surtout sous l'influence du massage vibratoire appliqué suivant la méthode de M. Dubois (de Saujon). Mais l'anorexie constitue l'accident le plus sérieux, le plus grave, tout spécialement lorsqu'elle est accompagnée de vomissements parfois incoercibles. On doit — cela va de soi — combattre les anesthésies viscérales, les contractures, les spasmes ; l'électricité, le massage vibratoire peuvent ici encore donner de bons résultats. Il en va de même de la rééducation de la déglutition et de la respiration ; mais je ne saurais trop vous le répéter, le traitement moral est ici de toute première importance ; l'*isolement* constitue, dans ce cas, le procédé de choix, comme du reste, dans les autres variétés de l'hystérie gastrique ; il donnera parfois, à lui seul, des résultats véritablement surprenants.

Reste à envisager le traitement de l'*attaque* d'hystérie. Celle-ci ne présente, le plus souvent, par elle-même, aucun danger, et dès l'instant que toutes les précautions voulues ont été prises, il n'y a pas d'inconvénient à lui laisser suivre son cours. Toutefois, isolez le malade de son entourage ; affirmez ensuite à haute voix que la crise touche à sa fin et, fréquemment, tout sera vite terminé. S'il en est autrement, cherchez à modifier la nature du paroxysme. A ce point de vue, la compression d'une zone frénomotrice, si elle existe, pourra rendre quelques services. Si l'attaque se prolonge outre mesure, efforcez-vous alors d'entrer en relation avec le sujet ; tâchez de saisir son rêve et, bien souvent, vous arriverez à transformer l'accès convulsif ou délirant en somnambulisme provoqué. Il n'y a là rien qui puisse étonner ; les travaux de M Janet, entre autres, ont nettement démontré l'analogie des attaques et des somnambulismes. Nous connaissons, d'autre part, les rapports intimes qui existent entre l'*hypnotisme* et l'*hystérie*, et ceci m'amène à vous parler de l'*hypnose*, en tant que moyen de traitement de la névrose.

Les inconvénients immédiats de l'hypnose sont réellement par trop minimes pour que je m'y arrête, mais il n'en va pas de même de ses conséquences éloignées, des essais intempestifs d'hypnotisation ayant été parfois, chez des sujets prédisposés, l'occasion de l'explosion des premiers accidents nerveux. Mais l'objection me paraît tomber lorsqu'il s'agit d'hystérie confirmée, d'hystérie grave ; dans ces cas, les avantages du procédé l'emportent sur ses inconvénients. Du reste, bien manié par un médecin instruit, le *sommeil provoqué* n'expose guère à plus de dangers que n'importe quelle autre méthode thérapeutique. Il a, de plus, par lui-même, en dehors de toute suggestion, une action des plus remarquables que nient seuls les adversaires de parti pris.

Dans les cas d'hystérie récente, il peut intervenir utilement et vous m'avez vu parfois accomplir de véritables miracles, comme à Lourdes, dans le traitement de certains accidents locaux ; tels les contractures et les paralysies. Au surplus, tous les moyens thérapeutiques que je vous ai énumérés à propos de la cure des diverses manifestations de la névrose, ont, cela va de soi, une action autrement puissante sur le sujet endormi que sur le malade éveillé. Mais c'est surtout contre les manifestations anciennes et tenaces de la névrose, dans la genèse et la persistance desquelles l'idée fixe joue parfois un rôle considérable, que l'emploi de l'hypnose nous semble très formellement indiqué.

L'*idée fixe* est, en effet, à la base d'un grand nombre d'accidents hystériques, et, dans ces cas, elle en commande le plus souvent la modalité. Il faudrait, pour arriver à un bon résultat, que le médecin pût toujours connaître celle-ci. Ce serait pour lui le plus sûr moyen d'éviter de faire au malade des suggestions qui, de par la méconnaissance de cette idée fixe, ne correspondent pas à la nature intime du mal, en s'adressant alors à un trouble apparent sans atteindre sa véritable cause. La production du somnambulisme permettra bien souvent de dépister les *idées fixes*

subconscientes du sujet, puisqu'aussi bien, dans cet état, il en garde le souvenir, alors qu'il les ignore à l'état de veille. D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les idées fixes secondaires, mais aussi l'idée fixe primaire, le choc moral initial qu'il faudra s'efforcer de découvrir par ce procédé.

Il est encore le meilleur traitement *des états de mal et de somnambulisme naturels,* puisqu'il permet la destruction de l'émotion provocatrice. Bien souvent le malade se trouve ainsi grandement soulagé, lorsqu'on a ramené dans sa conscience la cause profonde de ses misères, celle-ci, tout à fait subconsciente, étant ignorée du sujet; il est facile alors d'obtenir de lui des efforts auxquels, jusque-là, il se refusait absolument. Mais il ne suffit pas de connaître l'idée fixe, il faut chercher à la détruire, à la dissocier. On s'efforcera de faire disparaître par la suggestion un ou plusieurs de ses éléments les plus importants. Nous venons de voir comment il est possible, en entrant dans le rêve du sujet, de transformer le délire de l'attaque en somnambulisme. Une substitution analogue peut s'opérer dans les idées fixes ; on peut modifier ainsi, peu à peu, cette sorte de rumination mentale à laquelle le malade se livre sans cesse. M. Janet a été jusqu'à suggérer au sujet un accident réel, une contracture, par exemple, pour détourner de son esprit, par une diversion violente, le concept mental qui l'obsédait. Nous savons, d'ailleurs, qu'à l'état de veille un choc moral intense peut suffire parfois à ramener l'état psychique à son taux normal. Rappelez-vous l'histoire de cet homme qui guérit au moment même où on lui annonce un héritage de sept mille francs, celle de cette femme dont les accidents cessent brusquement lorsque, dans la procession, elle voit le prêtre agiter l'ostensoir, etc. Lorsqu'on réussit à supprimer ou à transformer l'idée fixe primaire, un véritable changement à vue s'opère dans l'état du malade. Les accidents actuels disparaissent rapidement, l'idée qui les entretenait n'existant plus ; les stigmates permanents

eux-mêmes se trouvent bientôt très avantageusement modifiés, s'ils ne s'éteignent pas totalement.

Le mauvais sommeil des hystériques est ordinairement dû à un rêve terrifiant qui détermine, en somme, le réveil par le même mécanisme qu'un cauchemar oppressant chez l'individu sain, mais ce rêve demeure, toutefois, subconscient dans la veille. La dissociation de l'idée fixe contribuera donc, en permettant le calme de la nuit, à réparer la santé physique et morale du sujet.

Quand l'idée fixe est de date ancienne, sa résistance est énorme, sa destruction très difficile et, vraiment, dans ces cas, la persuasion ne peut rien. C'est alors qu'il faut agir sur les concepts mentaux figés dans le cerveau, et avec d'autant plus de persévérance que la ténacité des accidents hystériques n'est, en somme, que la manifestation extérieure d'états émotifs persistants, dont la disparition est seule capable d'amener la guérison complète.

L'emploi des médicaments n'a, cela va de soi, qu'une importance très relative dans le traitement de l'hystérie. Seule la médication tonique peut être parfois utile, les préparations ferrugineuses et amères donnant, dans ce cas, d'assez bons résultats.

Par contre, les agents de la physicothérapie, l'*hydrothérapie* et l'*électricité* en particulier, constituent sans contredit des modificateurs très puissants de l'état général.

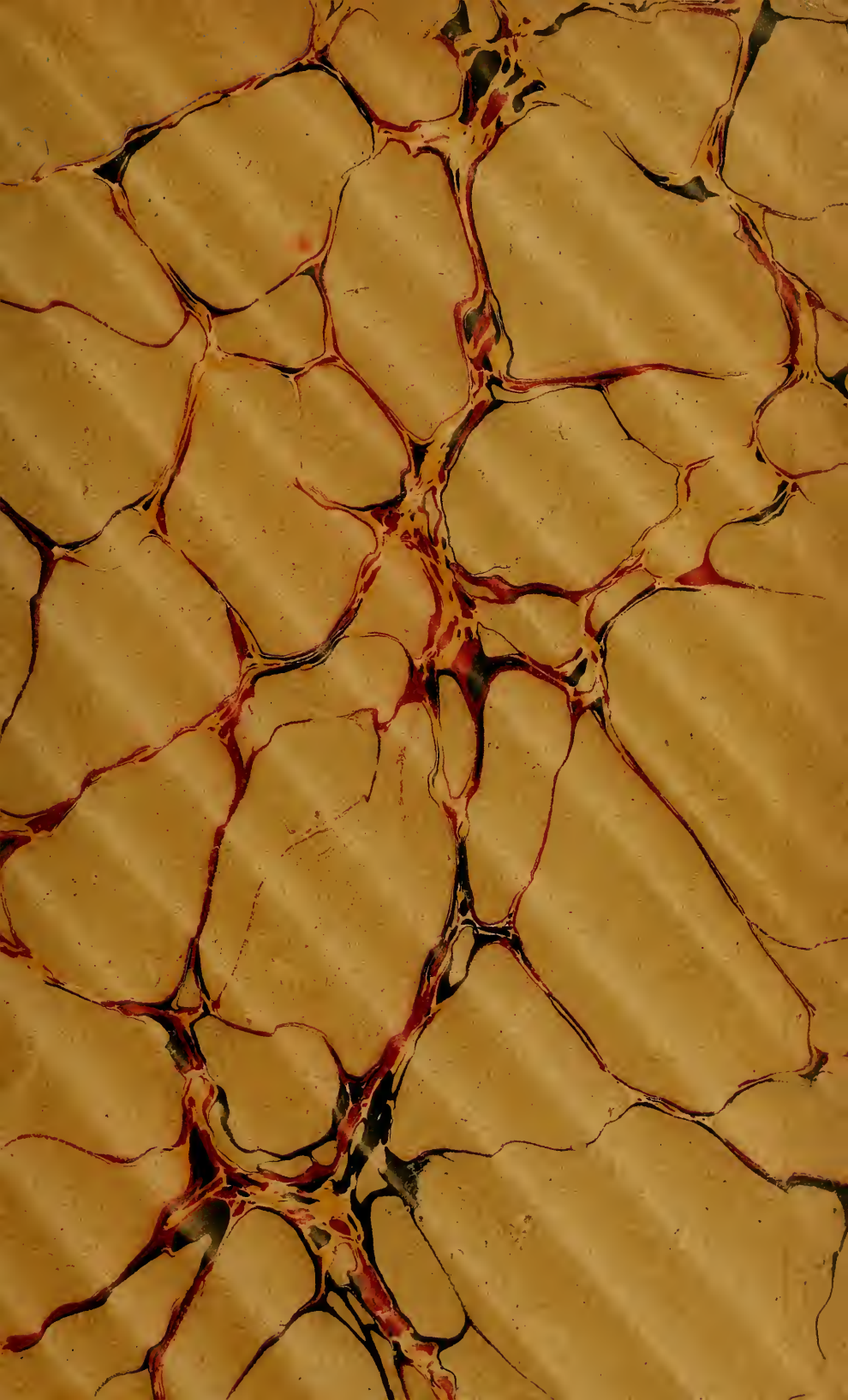
La douche froide tout spécialement, en jet brisé et de courte durée, joint à ses effets toniques très énergiques une action esthésiogène marquée ; elle augmente les oxydations et les échanges de l'organisme ; elle est donc très utile pour combattre la dépression nerveuse et l'anémie ; les résultats obtenus sont parfois très notoires. Lorsqu'elle est mal supportée, on peut essayer avec avantage de la douche écossaise, avec passage, brusque ou lent, de la chaleur au froid. Une friction sèche après la douche, une petite promenade, favoriseront la réaction. Mais bien souvent, quoi qu'on

en ait dit, c'est à la douche tiède ou chaude, aux ablutions mitigées qu'il faudra recourir, tout spécialement chez ces malades pour lesquels la sensation de froid constitue un véritable supplice ; chez eux, souvent, quels que soient les moyens employés, la réaction ne se fait pas. Les bains tièdes ou chauds pourront aussi être très utiles, notamment dans les cas d'insomnie rebelle. Le drap mouillé rendra également quelques services au début du traitement, chez les sujets un peu délicats.

Ce que je vous ai dit de l'électricité au cours même de cette leçon me dispense d'y revenir. Retenez bien, toutefois, les propriétés toniques générales de l'électricité statique ; elle peut servir à relever les forces et, dans certains cas, elle paraît agir avantageusement sur l'insomnie.

Vous parler du traitement chirurgical de l'hystérie serait vous remettre en mémoire la période douloureuse pendant laquelle tant de malheureuses femmes ont été estropiées sans résultat thérapeutique appréciable. Parfois, cependant, le chirurgien pourra être appelé à remédier aux troubles trophiques péri-articulaires (adhérences, rétractions tendineuses ou musculaires) consécutifs à la trop longue durée ou à l'immobilisation intempestive de paralysies ou de contractures, tout spécialement des membres inférieurs. De là cette pratique, qu'employait Charcot, de chloroformer de temps en temps les malades atteintes de contractures pour vérifier, pour ainsi dire, le degré de mobilisation possible de leurs membres. Il va de soi que cet examen peut être facilement fait à l'état de veille dans les cas de paralysie.

Telles sont, Messieurs, les considérations très générales sur le traitement de l'hystérie que j'ai cru nécessaire de développer devant vous à propos des malades présentés dans ma leçon d'aujourd'hui.

FIN

Nevers, G. Vallière, imp., 24, avenue de la Gare.